DE VENTA EN FARMACIAS

UNA DENUNCIA DEL MODELO FARMACÉUTICO EN ESPAÑA

FELIPE DE LA FUENTE
RAÚL DE LA FUENTE

SINE QUA NON

Felipe de la Fuente
Raúl de la Fuente

De venta en farmacias

Una denuncia del negocio de la salud desde dentro

SINE QUA NON

Agradecimientos

Este humilde libro escrito por dos autores completamente desconocidos tiene bastante que agradecer a muchas personas que se han sumado de forma altruista al proyecto, solo porque han creído que el contenido es atractivo.

Sin lugar a duda, debemos empezar dando las gracias a las autoras del prólogo y el epílogo por el hecho de haber accedido a participar conociéndonos únicamente a través de las redes sociales. Para nosotros es todo un honor que figuras de gran importancia y referentes nacionales en el campo de la nutrición y la dietética, como es el caso de Olga Ayllón, y en el de la farmacia y la industria alimentaria, como lo es Gemma del Caño, hayan participado en nuestro libro solo porque han creído en el proyecto. Es algo que nunca habríamos imaginado y consideramos que es impagable. Les estamos muy muy agradecidos.

Tampoco está de más remarcar el apoyo que hemos recibido de Esther Samper, médica y autora del libro *El lado oculto de la farmacia* (que desde aquí recomendamos), cuyo lanzamiento coincidió con el desarrollo y planificación de nuestro libro, con lo que entendimos que no estábamos solos en la idea de que otro modelo de farmacia es posible. Al ponernos en contacto con ella para comentarlo y comprobar si estábamos hablando de lo mismo, Esther se interesó por nuestro trabajo, que se complementa muy bien con el suyo, puesto que al final ambos cuentan historias diferentes y con perspectivas distintas acerca de un mismo problema.

Queremos destacar y agradecer la implicación desinteresada y muy fructífera de Julio Basulto, que nos ha ayudado mucho con consejos y recomendaciones que han sido muy tenidos en cuenta, así como su impagable ayuda con sus sugerencias sobre la edición del libro.

También han colaborado en esta obra mediante la lectura de borradores, ofreciendo consejos, aportando ideas o comprobando el contenido diversas personas de nuestro entorno cercano y no tan cercano, cuya ayuda ha de ser reconocida y agradecida. Es el caso de Fernando Aparicio, Rosa Puig, Alicia Torres, José Camarillas, Carlos Rubio, María David, Vanessa Aparicio, Pablo Selvi y demás compañeras y amigas.

Finalmente, agradecemos la participación de las compañeras trabajadoras de oficina de farmacia que nos han contado sus experiencias para el capítulo «Casos aislados», demostrando que dichos casos no son pocos. Aunque no hayamos podido poner todos los testimonios que nos llegaron, a todas vosotras, mil gracias. No estáis solas.

Dedicatoria

Dedicamos este libro a Josefina y a Felipe, nuestra madre y nuestro padre, ya que su publicación y la relación que actualmente tenemos como hermanos son fruto de su esfuerzo, dedicación y educación, que sabemos que no fue fácil, pese a lo cual ellos nunca cesaron en su empeño ni dudaron de nosotros, ofreciéndonos todo lo que pudieron para nuestro bienestar, incluso a costa del suyo. Albañil y ama de casa que en los buenos momentos y en los malos se dejaron el lomo para que en nuestro hogar no faltara un plato en la mesa y para que sus dos hijos pudieran estudiar una carrera universitaria. No seríamos ni la mitad de lo que somos sin su sacrificio.

Por supuesto, a la familia y las amigas. Muchos nombres para poner aquí, pero vosotras ya sabéis quiénes sois. Gracias por estar siempre ahí.

Finalmente, a Cris y a Ana. Por apoyarnos y también... aguantarnos a ambos.

Prólogo

Hay bastantes personas que creen que su salud depende, sobre todo, del médico. Tienen integrado en su mente lo que se conoce como «locus de control externo». El concepto «locus de control» es un término psicológico que significa «lugar de control», y hace referencia al lugar donde ubicamos en nuestra mente las causas de los acontecimientos de nuestra vida. Así, alguien que considera que solo evitará la enfermedad si tiene a mano una buena médica, centrará externamente el control de su salud y es probable que no tome las medidas necesarias para conservarla. Es mejor, por lo tanto, tener para con nuestra salud un «locus de control interno». Es decir, ser conscientes de que nuestros hábitos influyen mucho (aunque no son ninguna varita mágica) en nuestra calidad y esperanza de vida.

Pero no solo hay numerosas personas que creen que su salud depende de la médica, sino que hay otras tantas que están convencidas de que la mejor manera de evitar achaques, dolores y enfermedades es acudir a menudo a la farmacia. Un recurso muy al alcance de la mano. Quizá demasiado, para mi gusto. Porque, por desgracia, muchísimos de estos establecimientos no son entidades altruistas que focalizan su actividad en mejorar o conservar nuestra salud.

Como queda claro en este tan necesario libro que tengo el gran honor de prologar, en no pocas farmacias encontramos, en palabras de Raúl y Felipe, «una retahíla de productos inservibles o de escasa utilidad terapéutica». A ello se añaden dos graves problemas reales: «la constante y

progresiva mercantilización de la salud y el modelo de empresa privada de la oficina de farmacia». Y, como sucede con cualquier otra empresa, su objetivo prioritario no es la salud poblacional «[...] y esto abre la puerta a que haya que vender. Y vender. Y vender. [...]», lo que es innegable es que en el actual modelo prima la venta por encima de la atención al paciente.

Este no es un problema menor, sobre todo si tenemos en cuenta que España es «el primer país de la OCDE con mayor número de farmacias por cada 100.000 habitantes» y que somos «el quinto país del mundo en automedicación con productos que no precisan receta médica», de nuevo según justifican Raúl y Felipe.

En 2015 y en su libro *Mamá come sano*, Julio Basulto, mi maravillosa pareja, explicaba que «Clama al cielo entrar en una farmacia y verse rodeado por decenas de productos carísimos, inútiles y con falsas declaraciones de salud». Y añadió una anécdota personal: él y yo entramos en varias farmacias y pedimos algo que pudiera ayudarnos a que yo me quedara embarazada. No era cierto, pero como uno de los objetivos de su libro era desenmascarar productos que supuestamente facilitasen la fertilidad, quiso ver qué nos vendían. Salimos de las farmacias con bastante menos dinero, pero con un montón de complementos alimenticios que ni en sueños cumplen lo que prometen.

Por desgracia, en 2022 sigue sucediendo lo mismito, y no solo en el caso del embarazo, sino en un sinfín de situaciones fisiológicas o enfermedades reales o ficticias. Ojalá los omega-3 (por poner uno de los productos que encasquetaron a Julio) ayudaran a la fertilidad, pero no lo hacen. En *De venta en farmacias* comprenderás que «como pasa siempre con los productos milagro, la realidad es un poco más puñetera».

Debo decir que como nutricionista me alegra comprobar que en esta obra se habla magistralmente de las (malas) dietas que se pautan en muchísimas oficinas de farmacia. Pero me alegra más todavía que se aborde el ninguneo que existe en nuestro país a la figura de la dietista-nutricionista, algo que ya denunció el abogado Francisco José Ojuelos (experto en derecho alimentario) en su revelador libro *El derecho de la nutrición*.

También se profundiza en las características de ineficaces y poco baratos complementos alimenticios como el colágeno, que muchas de mis pacientes toman en el erróneo convencimiento de que ayudará a sus articulaciones. ¡Me cuesta horrores convencerlas de que no es así, por lo que agradezco sobremanera que Raúl y Felipe lo hayan explicado tan bien!

Y se habla de algo a lo que poca gente se enfrenta: la cosmética. Cuando leas el apartado, en el capítulo 3, «El maravilloso mundo de la cosmética», entenderás por qué acuñan esta frase: «es literalmente imposible que algunas cremas cumplan lo que prometen». Estamos, en suma, ante un libro de una sinceridad alucinante y que clama por una sanidad pública de calidad (algo imposible «si no tiene financiación»). Como vemos, *De venta en farmacias* es una herramienta utilísima para entender que «otro tipo de farmacia es posible». Yo incluso diría que es imprescindible. Es urgente separar nuestra salud, según comprobarás en el último capítulo, «de los intereses de empresas privadas, ya sean farmacias, industrias o laboratorios que gastan más en marketing que en investigación».

Pero también, y más importante aún, estamos ante un libro que protege a los consumidores. A todos, no solo al (como diría un abogado) «personaje normalmente informado, razonablemente atento y perspicaz». Porque nos ayuda a entender que de igual manera que no es oro todo lo que reluce, tampoco es salud todo lo que aparece en el luminoso escaparate de las farmacias. Y es que la protección de los consumidores se consigue propiciando la (buena) información, que es la que no solo se basa en datos contrastados, sino sobre todo la que está libre de sesgos y conflictos de interés, como es el caso.

Enhorabuena, Raúl y Felipe, y de nuevo muchísimas gracias por permitirme prologar vuestro tan necesario y recomendable libro.

Olga Ayllón,
dietista-nutricionista
Colegiada n.º CAT000942 (Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya)
Web: www.olgaayllon.com
Instagram: @olga.ayllon
Youtube: Olga Ayllón

1

De venta en farmacias

Estábamos trabajando en una oficina de farmacia cuando entró en el establecimiento una mujer que era comercial de un laboratorio que distribuía diversos productos para las más variopintas patologías: colágeno marino, coenzima Q10, omega-7, valeriana... en cajitas muy monas y con eslóganes de lo más atractivos. El caso es que vino no solo a presentarnos su amplio catálogo, sino también a formarnos e instruirnos sobre las bondades y los efectos de los productos que ofrecía y que, a la postre, encontrarían su hueco en una farmacia de barrio de Valencia.

Pues bien, después de escuchar las diferentes explicaciones sin plantearle muchas dudas, una vez metidos en una charla distendida en la misma farmacia, le preguntamos si de verdad se creía lo que estaba contando sobre algunos de los productos que nos había presentado. Nos respondió que su padre, que resultó ser profesor de bioquímica en la universidad, «la tenía frita», pues dichos productos eran como una patada en la entrepierna a lo más básico de la bioquímica, la fisiología o cualquier disciplina científica aplicada a las ciencias de la salud, pero que ella, claro, se ganaba la vida vendiéndolos y la farmacia obtenía beneficios económicos comercializándolos.

¿Dificultades para dormir? ¿Menopausia? ¿Algún dolor articular puntual, como los que todo el mundo tiene alguna vez a lo largo de su vida? ¿Necesidad de ayuda para estudiar? ¿Falta de vitamina C? ¿Falta de cualquier otra vitamina? ¿El pelo que empieza a clarear? Da igual si el problema de salud es real, infundado o creado *ad hoc*, la industria farmacéutica tiene la solución: vitaminas, pastillas, complementos alimenticios, ampollas varias, cremas, etcétera, son presentadas casi a diario en todas las boticas de España por comerciales que, es evidente, suelen ganar comisiones en función de los productos que consigan vender a la farmacia, y la farmacia saca provecho económico de la venta al público de dichos productos, así que, *voilà*, ya tenemos perfectamente asociados diferentes problemas (o no) de salud al beneficio empresarial.

Y es en esto último sobre lo que más queremos hacer hincapié. Más allá de ofrecer una retahíla de productos inservibles o de escasa utilidad terapéutica, la finalidad del libro que tienes en las manos es ir a la causa (a nuestro juicio) de que tantas farmacias se hayan convertido en poco más que un ultramarino o un bazar multiprecio donde se llegan a vender incluso refrescos, caldos de pollo o salsas *zero* para hamburguesas y ensaladas.(1) La razón de ser de este libro es explicar cómo funciona el modelo farmacéutico y de oficinas de farmacia en nuestro país, aunque la base sobre la que nos apoyemos sea la descripción de algunos de los productos que podemos encontrar en muchas de las 22.000 farmacias que existen en nuestro territorio.

Oferta de empleo para farmacéutic@

Valencia

Buscamos farmacéutic@ para incorporar de manera inmediata en la farmacia. Buscamos farmacéutic@ con diplomatura en nutrición, con conocimientos de venta en dermocosmética, perfil comercial, con motivación en ventas. Ofrecemos contrato de un año y horario de 20 h semanales o 35 h semanales según el perfil del candidato. Sueldo base competitivo e incentivos.

Sobre estas líneas podéis observar una oferta de empleo publicada en la bolsa de trabajo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.(2) Como se puede ver, el objetivo no es buscar una persona con un perfil sanitario, conocimientos de farmacología o formación complementaria. El perfil buscado es de tipo comercial y motivado para vender.

No es un caso aislado ni una excepción. Por desgracia, este tipo de ofertas de empleo para oficinas de farmacia que valoran el perfil comercial abundan, mientras que los anuncios en los que se solicitan conocimientos desde el punto de vista estrictamente sanitario son casi inexistentes. La inmensa mayoría de las publicaciones se dividen en dos grupos: unas más asépticas, del tipo «se busca farmacéutica, con el horario que sea y un salario según el convenio», y otras parecidas a las del ejemplo. Para entender el porqué de esta situación es preciso profundizar en el modelo farmacéutico que tenemos en nuestro país, y sirva como punto de partida

una afirmación que lo es todo: las oficinas de farmacia son el único eslabón de la cadena asistencial básica del paciente que se encuentra al cien por cien en manos privadas. La Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, dice que las oficinas de farmacia son «establecimientos sanitarios privados de interés público», y la Ley 29/2006, de 27 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios viene a refrendar lo mismo. Dicho de otra forma, las farmacias son empresas, y la norma básica de cualquier empresa es maximizar los beneficios con el menor coste posible.

¿En realidad esto es malo? No tiene por qué. La atención farmacéutica podría ser buena a pesar de regirse por las leyes del mercado. Se podría hacer, pero ¿se hace? ¿Cuántas farmacias habéis visto que den o puedan dar atención farmacéutica, que proporcionen informes de derivación a la médica o tengan un espacio apartado para dar consejo farmacoterapéutico individualizado al paciente? ¿Pocas? ¿Ninguna?

No, la atención farmacéutica se ofrece en el mostrador y como buenamente se puede por cuestión de tiempo y de productividad. Si estás una hora con una paciente revisando su medicación, es una hora que no estás en el mostrador o realizando gestiones de la oficina de farmacia, y esa hora le cuesta dinero a la dueña.

Vosotras mismas podéis hacer una pequeña observación como pacientes clientas entrando en alguna de las muchas oficinas de farmacia que tenemos a nuestra disposición (más o menos una farmacia por cada núcleo poblacional de dos mil quinientos habitantes, según la comunidad autónoma). Lo primero que veréis, sobre todo en las boticas de núcleos urbanos grandes, son grandes escaparates iluminados, abundantes estanterías llenas de todas las cremas habidas y por haber, carteles con promociones de todo tipo, una distribución estudiada para incitar al consumo...

¿Está esto mal? No, claro que no. Al final, la clienta es libre de comprar lo que quiera y puede simplemente ir a recoger su medicación y marcharse a casa, pero el aspecto de los establecimientos da una ligera idea del camino que está tomando el mundo de la oficina de farmacia y de la farmacia comunitaria, y que ha quedado muy claro y patente durante la crisis sanitaria, provocada por el SARS-CoV-2, a raíz de la cual representantes de colectivos del mundo de la farmacia, como por ejemplo los colegios oficiales de farmacéuticas, han tenido que salir a reivindicar el perfil sanitario de primera línea de la oficina de farmacia(3) o mayores

competencias para poder ayudar durante la pandemia.(4) «¡Eh! ¡Escuchad! ¡Que nosotras también somos profesionales sanitarias!», gritaban entre ligeros sollozos buscando un poco de protagonismo. Claro que lo somos, pero, en general, la imagen que se proyecta es la de algo totalmente diferente.

En esta tesitura, nosotros nos preguntamos si obviar a un colectivo que ha estado al pie del cañón durante toda la pandemia —que en el tiempo de redactar estas letras todavía no ha finalizado, aunque tras las vacunas y la descarga de los hospitales ya hacemos vida más o menos normal— es un problema de la administración o es un problema del modelo por el que en la actualidad se rigen las oficinas de farmacia, un modelo comercial que no separa la atención sanitaria del beneficio empresarial y que da prioridad a la formación de las profesionales sanitarias durante su relación laboral con la farmacia enfocada a la venta.

Venta de productos como los que se van exponiendo durante las siguientes páginas, desde bolis acupuntores hasta suplementos vitamínicos o colágenos hidrolizados para las articulaciones, pasando incluso por inhaladores que protegen de infectarse de covid-19, que al principio fueron retirados del mercado por no haber demostrado lo que prometían, pero que, como veremos más adelante, se volvieron a poner a la venta.

No se lleven las lectoras a engaño. No buscamos culpables, puesto que al fin y al cabo las dueñas de las farmacias quieren conseguir la máxima rentabilidad económica en sus negocios y las trabajadoras, hacer su tarea lo mejor posible y mantener el empleo. Y aquí vamos a abrir un paréntesis para hablar de un tipo de farmacias que se escapan en parte de este modelo, que bastante tienen con sobrevivir y que realizan una labor sanitaria encomiable en la vertebración, asistencia y muchas veces colaboración para la subsistencia de lo que hoy conocemos como «la España vaciada»: las farmacias rurales. Estas del mismo modo basan su rentabilidad en la necesidad de hacer caja y, en bastantes ocasiones, en las ayudas de la administración para que merezca la pena tener la persiana subida. Es muy posible que un elevado número de ellas no podrían mantenerse sin estas ayudas de la administración, lo que mermaría una barbaridad la (a menudo) única asistencia sanitaria que tienen las habitantes de algunas zonas rurales de nuestro territorio. Queremos expresar nuestra admiración por estas farmacias y las farmacéuticas que las mantienen abiertas.

Tampoco ayuda que un alto porcentaje —nos atrevemos a decir que

roza el cien por cien— de la formación recibida en una oficina de farmacia vaya a cargo de los laboratorios que ponen en el mercado los productos que se venden. Cuando se realiza el pedido a la comercial de turno, en el paquete comprado suele ir incluido que comparezca una persona a dar información (formar) para recomendar (vender) el producto del laboratorio en cuestión.

Entonces te sale la vena puñetera y te da por preguntar, si tienes ciertos conocimientos de farmacología, fisiología o bioquímica, a la persona que ha acudido a formarte cómo funciona su producto; es habitual ponerla en un aprieto porque las preguntas no siguen el guion establecido y le cuesta un poquito responderlas. En otras muchas ocasiones, sus explicaciones son un ataque directo a cualquiera de las disciplinas científicas anteriormente citadas. Luego piensas que, como nosotros, son trabajadoras que lo único que quieren es hacer su trabajo lo mejor que pueden y que no tienen la culpa de cómo está montado el tinglado. Así que aparece la conciencia de clase, de curranta a curranta. Las escuchas, te escuchan y a veces hasta se crean ciertos vínculos cómplices del estilo: «¡Qué me vas a contar a mí! Pero hay que llenar la nevera». Ellas se van a la siguiente visita y tú sigues con tu marcha en la farmacia.

Oferta de trabajo farmacéutico/a adjunto

Valencia

Plaza vacante de farmacéutico/a adjunto. Horario de 9.30 h a 14 h. Valoramos conocimientos en dermocosmética, técnicas de ventas. Persona empática, proactiva.

Especialidad que se valorará:
- Cosmética

También hay laboratorios que directamente te mandan para formarte a una experta en ventas, consejo farmacéutico y marketing, que te intenta enseñar cómo endosar productos de escasa eficacia como si fueran consejos que la clienta te va a agradecer. ¿Viene a por una simvastatina? (Medicamento muy común para tratar la hipercolesterolemia). ¡Seguro que tiene problemas musculares![5] ¡Ofrécele este complemento alimenticio a

base de coenzima Q10, que le va a ir de maravilla! ¿Que la cajita para dos semanas vale 30 euros? ¡La abuelita acabará agradeciéndotelo, ya verás!

Te hablan de técnicas para mejorar el tíquet medio y de la posibilidad de organizar competiciones entre empleadas y ver quién hace mejores ventas cada mes, o van con listas de problemas de salud y los productos de parafarmacia relacionados con cada dolencia que se pueden vender.

«La receta os da una información valiosa para saber qué problemas asociados tiene esa persona y ofrecerle el producto adecuado», nos decía una especialista en marketing del ámbito farmacéutico. Dicho así suena maravilloso. Puedes anticiparte a problemas que podrían aparecerle a la paciente, pero la realidad es la siguiente:

- Si en la receta la paciente tiene pautada una estatina, prepara coenzima Q10 para los calambres musculares.
- Si tiene infección de orina, candidiasis o cualquier afección de las vías urinarias, ofrécele arándano rojo.
- ¿Antidepresivos? Seguro que padece sequedad, dale un enjuague.
- ¿Diabetes? Tendrá la piel deshidratada, puedes vender crema para los pies.

Y así hasta completar una lista de más de cincuenta asociaciones que relacionan medicamentos con receta y productos de parafarmacia para vender. No entraremos en si es ético o no aprovecharnos del acceso que proporciona la farmacia a una información sensible y especialmente protegida como es la medicación pautada a una persona para aumentar el tíquet medio de la farmacia mediante supuestos consejos farmacéuticos. Al fin y al cabo, hay gente que dirá, y estará convencida de ello, que está tratando de ayudar a la clienta. Y muchas veces será así. En ocasiones, alguna de las asociaciones que figuran en la lista mencionada podrían ayudar a determinadas pacientes, puesto que se basan en reacciones adversas reales causadas por medicamentos. Otra cosa es que el producto recomendado sirva para algo.

Quizá aciertes ofreciendo un enjuague para la sequedad bucal a una paciente que consume antidepresivos, ya que un efecto secundario de este tipo de medicamentos es la sequedad de las mucosas. Esta paciente te estará agradecida, pero no siempre se acierta ni tampoco se dan las reacciones adversas de forma sistemática, de modo que corres el riesgo de ser alguien que está intentando colar productos que en realidad no son

útiles cuando viene una paciente a por sus medicamentos. Y como veremos a continuación, a menudo son productos de dudosa o nula eficacia.

Lo más grave, sin embargo, los problemas reales que subyacen a todo este tinglado de ventas, laboratorios, productos milagro, mayores tíquets en la oficina de farmacia son dos: la constante y progresiva mercantilización de la salud y el modelo de empresa privada de la oficina de farmacia.

Esto último es lo que pretendemos que quede como base después de leer este libro, más allá de la descripción de productos inútiles que no resuelven nada. Se trata de la necesidad de generar ventas para que un servicio asistencial como es la dispensación de un medicamento a una persona con un problema de salud sea rentable en términos económicos y no un servicio público, porque, repetimos, la máxima de cualquier empresa (y las oficinas de farmacias lo son) es buscar la mayor rentabilidad económica al menor coste posible. Y esto abre la puerta a que haya que vender. Y vender. Y vender. Y si queda un poco de tiempo, dispensar el medicamento y dar consejo farmacoterapéutico.

«Es el mercado, amigo».

Farmacéutico/a adjunto

Zaragoza

Busco farmacéutica/o con experiencia y marcado perfil comercial, con conocimientos en venta cruzada. Ofrezco un puesto de farmacéutico adjunto con contrato fijo, en una farmacia de tamaño medio y robotizada. Somos un equipo de cuatro personas. Tengo jornada partida y abro los sábados por la mañana con la mitad del equipo, de forma que se trabaja en sábados alternos.

Dame algo para el dolor

> Somos iguales. Todos sentimos dolor, todos tenemos caos en nuestras vidas. La vida es muy confusa, lo sé. No tengo respuestas, pero sé que si lo sacas fuera te sentirás mejor.
>
> HENRY BARTHES (ADRIEN BRODY),
> en el *El profesor*

El dolor no es más que una señal de que algo no funciona bien en nuestro cuerpo y que aparece cuando un estímulo, sea químico, mecánico o térmico, provoca cambios en unas terminaciones celulares llamadas nociceptores (receptores del dolor). No profundizaremos más en la explicación de la fisiopatología del dolor, ya que no es el objeto de este libro, pero sí que diremos una obviedad: el dolor duele.

A diferencia de otras disfunciones que pueden aparecer en el organismo y que no las sentimos hasta que no se manifiestan de forma brusca y a veces grave, por ejemplo, un infarto de corazón tras una vida de colesterol elevado en sangre, hipertensión y tabaquismo, o una retinopatía por una diabetes mal controlada, el dolor, tanto si es agudo como crónico, lo notamos y molesta. En ocasiones demasiado.

Esta situación puede ayudar a diagnosticar un problema de salud de forma temprana, pues si nos duele algo, por ejemplo, al respirar, es más probable que vayamos a que una médica nos diga qué nos ocurre y así poder atajar el problema y calmar el dolor. Asimismo, es una de las principales circunstancias que nos hacen ir a una oficina de farmacia.

«Dame algo para el dolor de cabeza». «Me he torcido el tobillo y me duele mucho. ¿Qué me puedo tomar?». «Llevo unos días con molestias en las articulaciones y quisiera algo que me alivie». Y no solo están a la orden del día esta clase de consultas, sino también la dispensación en oficinas de farmacia de medicamentos con receta como antiinflamatorios, analgésicos y opioides (cuyo consumo aumenta cada vez más).[1]

Como no podía ser de otra manera, el mercado del dolor es amplio y abarca una serie de productos que vienen a librarnos de todo sufrimiento por un módico precio, a pesar de que las evidencias sobre su eficacia sean escasas.

A continuación, veremos algunos ejemplos.

El boli eléctrico acupuntor

Hace relativamente poco tiempo pudimos ver que en los escaparates de algunas oficinas de farmacia se exponía un bolígrafo que mediante impulsos eléctricos aplicados en puntos de acupuntura en apariencia aliviaba dolores agudos o crónicos. Bien, pues antes de meternos en harina de otro costal con el boli en cuestión es preciso tener unas nociones básicas sobre qué es la acupuntura, cuál es su fundamento y, lo más importante, si

es o no efectiva.

¿Qué es la acupuntura?

La acupuntura es una de las tantas medicinas llamadas alternativas,(6) en este caso se trata de una medicina tradicional china que se practica, según algunas fuentes, desde hace más de dos mil años. Parece ser que en el siglo II a. C. los médicos chinos ya la empleaban basándose en un precepto apuntado hacia el año 400 a. C. por el médico griego Hipócrates: la enfermedad estaba causada por un desequilibrio en los llamados humores, y para curarla había que restablecer el equilibrio. La acupuntura, en lugar de los humores, utiliza el concepto de «energía vital» (Qi) y sostiene que el cuerpo humano está atravesado por doce canales, también llamados meridianos, por donde esta energía vital fluye como pequeños riachuelos o como si del sistema circulatorio o linfático se tratase. Pues bien, cuando uno de estos «canales de energía» se obstruye, se produce un desequilibrio en el organismo que puede causar enfermedades e incluso la muerte. La acupuntura trata estos desequilibrios pinchando agujas en diferentes partes del cuerpo para restablecer el flujo de la energía vital y devolver el equilibrio al cuerpo, conocido en la medicina tradicional china como el Ying y el Yang. Corregido el desequilibrio, la enfermedad debería remitir y desaparecer.

¿Funciona la acupuntura?

Lo más sencillo sería decir que no hay estudios lo bastante concluyentes sobre su efectividad. Quizá uno de los estudios que más luz haya arrojado sobre la eficacia de la acupuntura sea el publicado en 2009 en *Archives of Internal Medicine*,[2] realizado con 638 pacientes que sufrían dolor crónico de espalda. Estos se dividieron en tres grupos: a un grupo se lo sometió a tratamiento convencional, a un segundo grupo se le practicó acupuntura, y un tercer grupo recibió un tratamiento de acupuntura simulada en puntos al azar.

El resultado es que hubo diferencia entre los pacientes sometidos a acupuntura y los pacientes tratados con el método convencional, pero no entre los que recibieron los dos tratamientos de acupuntura, lo que deja en entredicho los dogmas de esta terapia, pues da igual que te pinchen en un meridiano que en un lugar al azar. Luego esta mejoría puede deberse al efecto placebo, a una «distracción» inducida al cerebro al ser el cuerpo agredido por agujas. En palabras más sencillas, si te duele la cabeza y te chafan el dedo gordo del pie, el cerebro se «olvida» de la cabeza al momento y te dice que lo que te duele es el pie.

Dado que la acupuntura como terapia presenta bastantes dudas en cuanto a efectividad, ¿un bolígrafo que dispara impulsos eléctricos en puntos de acupuntura es eficaz para tratar el dolor?

En la página web del producto podemos ver que sirve para todo tipo de dolores sin importar su origen o etiología —muscular, de espalda, migraña...—, pero no aparece por ningún lado ni un solo enlace a esos estudios, lo cual es sospechoso. En cambio, sí que se muestran las opiniones de diferentes personas alabando los beneficios de este boli al más puro estilo Teletienda.

Anteriormente sí había un enlace(7) a uno de los supuestos estudios realizados por uno de los especialistas mencionados en dicha página, el doctor Asbjorn, el cual ya no está disponible. Qué cosas.

Antes de que el enlace desapareciera le pudimos echar un vistazo. Descubrimos que el tamaño muestral del estudio era ridículo, de 22 pacientes, por lo que establecer una causalidad entre el uso del boli en cuestión y el descenso o no del dolor era bastante aventurado, teniendo en cuenta que el porcentaje de pacientes que experimentaron cierta mejoría no era para tirar cohetes, y que la percepción personal del dolor es muy variable y está demostrado que es muy sensible al efecto placebo. Además, los cambios en la sensación del dolor pueden deberse a otras causas o al azar, por lo que estadística y metodológicamente hablando este estudio resultaba ser, por decirlo de modo suave, bastante pobre.

Asimismo, es difícil de creer que las endorfinas que, según la web (no adjunta estudios ni análisis que midan ese incremento del nivel de endorfinas), se liberan con el uso del boli vayan al punto específico de acupuntura donde se aplica el boli en lugar de viajar por todo el cuerpo.

En resumidas cuentas, si sumamos una terapia milenaria de dudosa eficacia a un instrumento que se basa en dicha terapia, pero que no ha probado absolutamente nada ¿qué tenemos?

Pues poco menos que haber tirado el dinero.

Cúrcuma, del curri a la farmacia

Oficina de Farmacia

Provincia de Zaragoza

Busca adjunto/a con experiencia, habilidades comerciales y conocimiento de parafarmacia. Remuneración según convenio más objetivos. Contrato 6 meses prorrogables.

Nuestro siguiente producto es la cúrcuma, cuyo nombre botánico es *Curcuma longa* y que se ha venido utilizando durante cientos de años como especia y colorante en alimentación, pero también como remedio en la medicina tradicional ayurvédica.

Si hacemos una simple búsqueda en internet, encontraremos decenas de páginas web donde se muestran los beneficios terapéuticos de esta planta, desde reducir la acidez estomacal hasta tratar con eficacia las cirrosis hepáticas. Hay quienes incluso se atreven a decir que se puede utilizar como tratamiento para algunos tipos de cáncer. ¿Qué hay de verdad en todo ello?

La molécula contenida en la *Curcuma longa* a la que se le presuponen estas propiedades es la curcumina, un colorante polifenólico que se extrae del rizoma de la planta y que en la industria alimentaria se utiliza para darle color al curri, algunos quesos e incluso bebidas alcohólicas. A la curcumina se le han atribuido unas cuantas propiedades medicinales, tales como reducir la acidez, los gases y las «digestiones lentas», ayudar a eliminar cálculos biliares, ser anticancerígeno y «protector» frente a los efectos de la quimioterapia, remediar la artritis y la artrosis, aumentar las defensas, aliviar la depresión..., y ya paramos porque tenemos suficientes ejemplos. Esta presunta beneficiosa molécula se vende en multitud de preparados listos para consumirla.

Y como siempre, las evidencias científicas son muy puñeteras con las supuestas propiedades curativas de estos preparados. La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) llegó a la conclusión en un informe[3] publicado en 2017 de que no hay suficiente evidencia de la relación entre el consumo de curcumina y el mantenimiento de las articulaciones. Respecto al cáncer, el National Center for Biotechnology Information (NCBI) se hacía eco en 2016 de un estudio[4] que decía que a pesar de que hay algunas investigaciones que certifican sus propiedades antioxidantes y anticancerígenas, su eficacia en humanos todavía no ha sido demostrada.

Pero sigamos con las evidencias. En 2017 el *Journal of Medicinal Chemistry* publicaba un metaestudio[5] que concluye que, a pesar de la ingente cantidad de estudios y publicaciones sobre la cúrcuma y sus

posibles utilidades terapéuticas, ninguno ha demostrado de forma fehaciente dichos beneficios.

La curcumina, además, tiene muy poca biodisponibilidad, es decir, esta molécula pasa a la circulación sistémica en escasa cantidad y a baja velocidad debido a que es muy poco soluble en agua y presenta muy mala absorción.[6] Por si esto fuera poco, una vez absorbida es rápidamente metabolizada por nuestro sistema enzimático provocando unas muy bajas concentraciones de esta molécula en la biofase.(8) De hecho, un estudio realizado en ratas mostró que después de administrar una dosis de curcumina de 40 mg/kg, al cabo de una hora se había eliminado del organismo la dosis entera.[7] Extrapolando estos datos a los humanos, un adulto de 72 kilos necesitaría una dosis de casi 3 gramos, para no encontrar nada una hora después.

A la escasa estabilidad de la molécula hay que añadir la poca cantidad de curcumina que contienen los extractos y preparados hechos con la raíz de la cúrcuma. Las cápsulas de una conocida marca que comercializa productos de fitoterapia (no le vamos a dar publicidad, aunque sea mala) contienen unos 100 miligramos de curcumina, de modo que tendríamos que ingerir 30 cápsulas para obtener las concentraciones mencionadas en el estudio de las ratas, que serían eliminadas del organismo una hora después.

En resumidas cuentas, la curcumina se absorbe mal, en poca cantidad, se degrada enseguida y no ha demostrado de forma fehaciente los efectos terapéuticos que se le atribuyen, así que entendemos que no es la mejor opción de la que disponemos para tratar el dolor.

¡Pasemos al siguiente producto!

Colágeno para el dolor de articulaciones. ¿Funciona?

En cualquier buen escaparate de oficina de farmacia debe haber un hueco exclusivo para la ingente cantidad de productos basados en el colágeno que existen en el mercado y cuya supuesta utilidad terapéutica es reducir el dolor articular asociado a patologías como la artrosis, la artritis o el inevitable paso del tiempo. La lógica es simple: las articulaciones tienen colágeno, si se desgastan, basta con tomar pastillas de colágeno y problema resuelto. Parece un plan sin fisuras.

Sin embargo, para verificar que el plan realmente no tiene fisuras, primero debemos saber qué es el colágeno. El colágeno es la proteína más

abundante en los vertebrados, en los que llega a representar el 30 % de las proteínas totales. Está presente en los tendones, en la parte orgánica de los huesos, en el cartílago, en la córnea o en la piel. Tiene una estructura formada por unas hélices que se enrollan en grupos de tres para configurar una hélice más grande llamada tropocolágeno. Este a su vez se agrupa para crear las fibras de colágeno. Hay varios tipos de colágeno, dependiendo de cómo se unan sus fibras, que cumplen distintas funciones según los órganos de los que formen parte. Dicho de otro modo, no es igual el colágeno de la córnea que el que se encuentra en los tendones.

Si observamos el colágeno un poco (bastante) más de cerca, veremos que, como cualquier otra proteína, está compuesto por aminoácidos. Los aminoácidos son los pequeños ladrillos que se unen uno detrás de otro para construir la casa que sería la proteína. En principio, todas las proteínas de nuestro cuerpo se forman con solo veinte clases de ladrillos, que luego pueden sufrir modificaciones. Algunos ejemplos de estos ladrillos son la glicina, la cisteína, el triptófano (ahora de moda por ser la mal llamada «molécula de la felicidad»), la leucina o la prolina.

Así que, resumiendo para que quede claro, el colágeno es una proteína muy resistente que forma parte de, entre otras cosas, el cartílago y que está compuesta por pequeños ladrillos llamados aminoácidos. Estas proteínas las obtenemos mediante la digestión de lo que comemos. Entonces ¿qué pasa cuando nos comemos un filete?

Para saber si es práctico consumir complementos alimenticios con colágeno es preciso entender cómo digiere nuestro cuerpo las proteínas. Cuando comemos cualquier alimento que contenga proteínas, ya sea un filete, un huevo, leche o colágeno en polvo, dichas proteínas deben pasar por el proceso de digestión para que el cuerpo asimile los ladrillos que las forman, los aminoácidos. Es decir, un filete de carne es descompuesto, en el sistema digestivo, en péptidos —unas estructuras de tamaño medio— por la acción de unas enzimas llamadas proteasas. A continuación, las peptidasas descomponen los péptidos en aminoácidos. Tras esto, los aminoácidos ya pueden ser absorbidos por el intestino delgado y pasar a la sangre para que el cuerpo los distribuya donde toque. Vamos, que un chuletón de Ávila es demasiado grande para circular por nuestras arterias y hay que romperlo. Hay que hacerlo añicos.

¿Qué venimos a decir con esto? Que toda proteína, venga de donde venga, se tiene que descomponer en trocitos pequeños para que el cuerpo la asimile, y estos trocitos (los ladrillos) son los aminoácidos. ¿No os habéis

preguntado por qué la insulina para la diabetes, que es un medicamento de origen proteico, no se puede tomar en pastillas y tenemos que inyectárnosla? ¡Premio! Porque de tomarla en pastillas, nuestro cuerpo descompondría la insulina en aminoácidos y esta perdería su funcionalidad, (9) de hecho, dejaría de ser insulina. ¿Es el colágeno diferente a las demás proteínas? ¿Puede realizar su función administrado por vía oral, en comprimidos o en polvo? No.

Si, como hemos visto, para absorber una proteína hay que descomponerla en aminoácidos, ¿quién nos dice a nosotras que estos aminoácidos, una vez en nuestro cuerpo, volverán a formar colágeno para tener unas rodillas sanas y fuertes? Nadie. El cuerpo utilizará estos aminoácidos para fabricar las proteínas que necesite en cada momento: colágeno, fibras musculares, elastina en los vasos sanguíneos, hemoglobina en los glóbulos rojos, etcétera.

Entonces ¿los complementos a base de colágeno no sirven para nada?

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) dejó claro en un informe publicado en 2011[8] que no hay relación entre la ingesta de colágeno hidrolizado y el mantenimiento de las articulaciones. En 2013 elaboró otro informe[9] sobre un producto en concreto, en el que negó la relación causa-efecto entre la ingesta de colágeno y el mantenimiento de la piel. Existe un completísimo resumen[10] realizado por una unidad multidisciplinar dedicada al tratamiento de la osteoartritis donde se dice que, aunque ciertos estudios preclínicos parezcan evidenciar cierta disminución del dolor en pacientes que han tomado colágeno hidrolizado, «en el momento de redactar esta guía y debido a la poca evidencia que hay aún en nuestro país y a nivel mundial, ninguna guía de osteoartritis (ACR, EULAR, OARSI) ha recomendado su uso de manera generalizada». También podemos encontrar estudios que demuestren la supuesta eficacia del colágeno hidrolizado si realizamos una búsqueda sencilla, pero o bien son de una pobre calidad metodológica o bien están afectados por conflictos de interés, esto es, los han realizado investigadores que trabajan para el laboratorio que ha encargado el estudio.

En conclusión, hoy en día no se ha demostrado que, tomando complementos alimenticios a base de colágeno hidrolizado (ve y pregunta en tu farmacia habitual para ver la cantidad de marcas que lo comercializan), mejore el estado de las articulaciones o se frene la evolución de enfermedades como la artritis o la artrosis.

Las manitas de cerdo en salsa también tienen colágeno, son más

baratas y están muchísimo más buenas que las pastillas o los polvos que se venden en las farmacias.

Farmacéutico adjunto

Fecha de alta: 03/11/2020
Fecha de actualización: 25/03/2021

Necesito gente dinámica, que sepa de informática y redes sociales y que sea buen comercial.

- *Estudios mínimos:* Farmacia
- *Experiencia mínima:* Sí

2

La salud está muy bien, pero hay que comer

Imagina que eres una trabajadora asalariada y que tienes ciertos principios: hacer bien tu trabajo, ayudar a tus clientas, no mentir e intentar cumplir las leyes. Porque cuando estudiaste Farmacia, Nutrición u otras carreras sanitarias en la universidad te hablaron de farmacología, de bromatología, del método científico y de salud pública, te enseñaron a distinguir lo que estaba probado científicamente de lo que no, te empapaste de la legislación, y al final saliste con tu título de graduada en Farmacia o en Nutrición para intentar ejercer de lo que eres, una profesional sanitaria.

Imagina ahora que vas a entrar en el mercado laboral como empleada en una farmacia. En la entrevista de trabajo no te preguntan nada relacionado con tu campo de estudios, sino que te hacen representar una especie de juego de rol en el que debes atender a una clienta que tiene un problema en las encías. Tu aptitud se valora —lo que sigue es un caso totalmente real— a partir de la cantidad de productos para afecciones bucales que le ofreces a la clienta. Colutorio específico, pasta de dientes, cepillo, hilos dentales, etcétera. «Bueno, no pasa nada», piensas. Al fin y al cabo, estás intentando ayudar a una persona con una afección bucal con toda una batería de productos destinados a tal fin. «¿Qué marcas de cosmética conoces?». No tiene nada de malo conocer marcas de cosmética, pero empiezas a entender en qué modelo de negocio te estás metiendo. Luego te choca que se vendan ciertas cosas sin receta o que se hagan competiciones para ver qué empleada ha vendido más.

Imagina que te encuentras en esta situación y te pones a pensar: «¿Para esto estudié una carrera sanitaria?» o «¿Qué diferencia hay entre trabajar en una farmacia y ser vendedora en cualquier otra tienda?». Se produce un choque. Un choque entre lo que crees que deberías hacer y el salario que percibes, porque tienes que pagar el recibo de la luz, la hipoteca o hacer la compra diaria. Básicamente, vivir. Y vivir es más importante que no darle esa Viagra® sin receta a un chaval que seguro que no la necesita, y entonces intentar ser una profesional sanitaria puede pasar a un segundo

plano. Es del todo comprensible. No se nos entienda mal, no estamos menospreciando el trabajo de vendedora en general, que es sumamente digno y necesario. Además, si habéis leído la dedicatoria habréis visto cuáles son nuestros orígenes. Lo único que queremos transmitir es que no creemos que la labor de una profesional sanitaria sea vender nada.

Con seguridad a la lectora todo esto no le resultará difícil de imaginar, ya que quien más y quien menos tiene que enfrentarse a sus propias contradicciones en el puesto de trabajo, tanto si es en el campo sanitario como si no. Un salario demasiado bajo, unos horarios inhumanos, una jefa que te hace la vida imposible, en fin, unas condiciones laborales que no ayudan a estar a gusto son habituales en muchos trabajos, pero hay que comer todos los días.

Pues en farmacia suele pasar lo mismo. Muchas veces para comer hay que tragar.

Lo ético y lo legal

Estos son mis principios; si no les gustan, tengo otros.(10)

Frase atribuida a GROUCHO MARX

Hemos dicho antes que este libro no quiere ser un compendio de los artículos de dudosa eficacia expuestos en los escaparates de cualquier oficina de farmacia, sino que pretende ayudar a las lectoras a entender que la venta de dichos productos es consecuencia directa del modelo con que se gestionan las oficinas de farmacia en la actualidad. ¿Es la exposición de estos productos la base del libro que tenéis en las manos? Sí. ¿Seguiremos hablando de otros productos de esta clase? Por supuesto. ¿Es nuestro fin hacer una mera revisión de colágenos, cosméticos o productos milagro para adelgazar? No exactamente.

Las oficinas de farmacia son empresas privadas cuyo fin, como el de cualquier empresa, es obtener beneficios. La forma de obtenerlos depende de la ética de cada cual. De la ética y muchas veces incluso del respeto de la ley.

—*¡No generalices! ¡No somos todas así!*

Lo sabemos, Mari Tere. No todas son así. Hay gente buena y gente

menos buena. Como en todos lados. Cada una de las personas que lean este libro podrá sentirse identificada con lo que afirmamos porque lo haya vivido, ponernos a caer de un burro por decir las cosas que decimos, o sentirse atacada porque no comparte nuestra visión, pero considera que la metemos en el mismo saco. Cada cual que haga examen de su propia conciencia y vea si encaja en lo que contamos. Si no encaja, nuestra más sincera enhorabuena, aunque creemos que las probabilidades de no encajar son pocas.

Respecto a las cuestiones éticas, cabe hablar de la venta de artículos de dudosa eficacia y que están lejos de cumplir lo que prometen, pero también del incremento en el porcentaje de beneficios en la venta de mascarillas, geles hidroalcohólicos y test de antígenos durante la pandemia de SARS-CoV-2. Sí, ha habido farmacias que han especulado con los precios, aunque no han sido todas. El precio de este material sanitario de primera necesidad durante la pandemia obedeció las leyes del mercado, y cuando la demanda fue brutal y la oferta, tan escasa, tanto fabricantes como distribuidores mayoristas y minoristas sacaron tajada.

No todas las farmacias lo hicieron. Queremos que esto quede claro. Algunas se las vieron y desearon para conseguir estos materiales a precios desorbitados e hinchados por fabricantes y distribuidoras para poder abastecer a su clientela, mientras otras hacían el agosto. Ante la posibilidad de que el Gobierno fijara los precios (cosa que al final acabó sucediendo), las distribuidoras ya vendían a las farmacias a precio reducido, pero muchas de estas mantuvieron el Precio de Venta al Público (PVP) final aumentando así el margen de beneficio. Esto hay que decirlo, por el bien de la profesión y por el bien de las muchas profesionales farmacéuticas que actuaron con una ética impoluta en este asunto.

No obstante, lo más flagrante a nuestro entender no es la venta de colágenos, crecepelos y homeopatía o el encarecimiento por parte de algunos del material de primera necesidad durante la pandemia. Al fin y al cabo, se trata de ver la salud como un bien de mercado, sea el remedio efectivo o no. Nada nuevo en una economía profundamente liberal. Lo más grave a nuestro juicio es la legalidad, y aquí entran en juego tres agentes más aparte de las oficinas de farmacia: la administración, las organizaciones médicas y vosotras, las pacientes/clientas.

En febrero de 2022 apareció en la prensa la noticia(11) de la muerte de un hombre presuntamente envenenado por su pareja con Evacuol®, Dulcolaxo® y Seguril®. Según esta noticia, la presunta envenenadora

«compró en distintas farmacias y "de forma compulsiva" cantidades ingentes de tres fármacos: dos laxantes —Evacuol®, en gotas, y Dulcolaxo®, en comprimidos— y un diurético, Seguril®. Un ejemplo: solo de este último adquirió más de 2.000 pastillas en menos de tres meses; 22,2 pastillas al día».

Los dos laxantes se pueden adquirir en oficinas de farmacia sin receta médica, pero ¿y el tercer medicamento? ¿Cómo pudo obtener esta persona más de veinte pastillas al día de un medicamento que necesita prescripción médica para poder ser retirado de la farmacia? La respuesta es fácil: se lo vendían sin pedir la receta, lo cual es ilegal según el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre Receta Médica y Órdenes de Dispensación y la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

¿Es un caso aislado?(12) Ni hablar. Si fuera el caso aislado de una sola farmacia, esta persona no habría podido retirar tanto diurético porque, incluso vendiéndoselo de forma ilegal, al final habría olido demasiado que la misma persona fuera a comprar una caja de diurético al día y se le habría acabado cerrando el grifo. No, esta persona lo más seguro es que fuera a varias farmacias, que le vendieron el medicamento sin pedir la receta.

Ante esta tesitura, una trabajadora de farmacia tiene dos opciones: o intentar ser profesional y negarse a dispensar medicación sin la correspondiente receta médica o tragar y venderla. El miedo a las represalias y el no querer discutir con la paciente son dos de los factores más importantes que empujan a la gente a cometer estos actos. ¿Hago lo correcto o me enfrento a las posibles reprimendas e incluso al despido? La decisión no es fácil cuando hay que comer y pagar facturas.

Muchas trabajadoras, temiendo esas reprimendas o viendo peligrar su puesto de trabajo, pueden pensar legítimamente: «Yo solo quiero trabajar tranquila, que no me molesten mucho y al final del mes recoger la nómina», y claro, entonces se pueden dar casos de sobredosis de diuréticos y abuso de fármacos de todo tipo y condición.

Una de las cómplices necesarias para que sucedan estas cosas es la administración. Una administración pública en exceso hipócrita que sabe que se cometen a diario ilegalidades de este tipo, pero que calla porque en el fondo le vienen bien. ¿Por qué? Porque así se rebaja la carga de trabajo de la atención primaria. Supongamos por un momento que todas las farmacias siguen a rajatabla la legalidad vigente y no dispensan en

absoluto ningún medicamento sin la pertinente prescripción médica. La atención primaria se colapsaría más de lo que ya lo está debido a la falta de recursos públicos. A todo el mundo le ha pasado en alguna ocasión que se ha quedado sin medicación y la farmacia se la «ha adelantado»(13) hasta que pudiera coger cita con su médica de medicina familiar y comunitaria, lo que puede tardar hasta más de dos semanas.

¿Dejamos a la abuelita dos semanas con la tensión o el azúcar sin controlar porque no tiene la receta o incumplimos la ley? Por otro lado, esta situación fomenta la competencia entre oficinas de farmacia. Cuando alguna es un poco más estricta a la hora de pedir la receta, las clientas se van a la farmacia que está a doscientos cincuenta metros, que se lo pone más fácil. Y la pelota crece. Porque un día es la pastilla de la tensión de la abuelita, pero al otro estamos vendiendo sin receta Viagra®, antibióticos o lo que haga falta, pues si yo no se lo doy, la de al lado sí. Mercadeo de clientas.

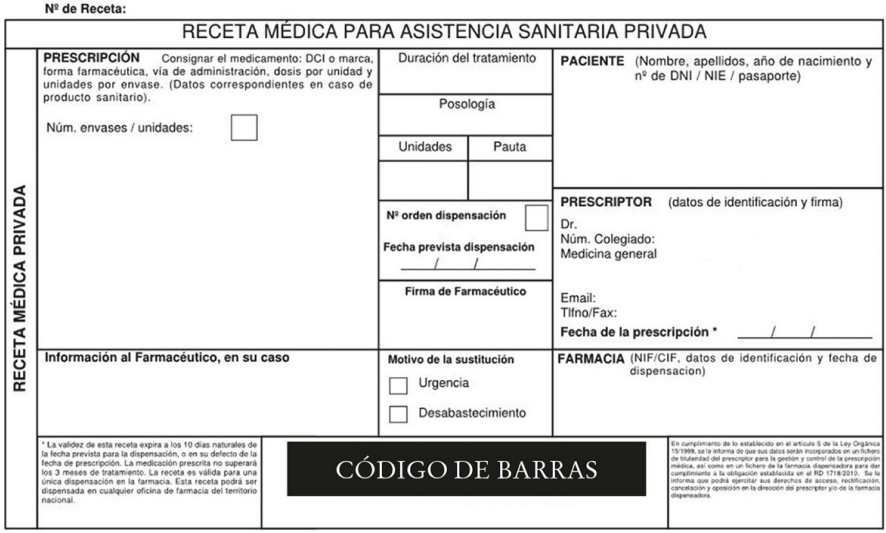
Esto nos lleva a otro de los agentes: vosotras, las pacientes/clientas. Sí, vosotras, que infinidad de veces ponéis a la trabajadora entre la espada y la pared si no os da lo que queréis, sea esto bueno o malo para vuestra salud, sea legal o ilegal adquirirlo sin receta, porque pensáis que la adquisición de medicamentos está sujeta a las mismas leyes que la compra de un par de zapatos en la zapatería de vuestro barrio. No tenéis en cuenta que a menudo estáis poniendo en un compromiso y planteándole un dilema moral a la empleada que os atiende. «¿Le doy lo que me pide o me monta el pollo y me arriesgo a que mi jefa lo oiga y me eche la bronca?». «¿Le doy lo que quiere o me arriesgo a que salga una reseña negativa en Google® (las nuevas hojas de reclamaciones) y me caiga una reprimenda?». Estas situaciones no son justas para las trabajadoras, y desde aquí os invitamos a reflexionar al respecto.

Las últimas implicadas en las irregularidades son las organizaciones médicas y farmacéuticas, que no hacen nada en absoluto para que las médicas, por lo normal en hospitales y consultas privadas, prescriban de manera adecuada y en el formato oficial los medicamentos que cada paciente requiere. Folios cortados por la mitad con el membrete de la clínica, partes de urgencias y otros documentos no válidos según la legislación vigente son ejemplos de lo que te puedes encontrar. Uno llega a pensar que estas organizaciones médicas tienen poco interés en solucionar la situación. ¿Por qué? Bueno, podríamos sacar algunas suposiciones, como que las médicas no se quieren gastar el poco dinero que vale un talonario

de recetas oficiales pudiendo prescribir en un folio cortado por la mitad, pero también que un folio en blanco no queda registrado, al contrario que las recetas oficiales, que van numeradas, y facilita que haya visitas médicas privadas «en B».

¿Y los colegios de farmacéuticas? ¿Qué van a hacer? Si entramos en las páginas web de los diferentes colegios y vemos quiénes forman parte de sus juntas directivas, nos daremos cuenta de que casi siempre son titulares de oficinas de farmacia. Así que es complicado que quien al final se lleva la caja del mes para ingresarla en la cuenta del banco haga algo que vaya en detrimento de las ventas en sus negocios. ¿Cómo esperamos que actúen? Mejor vender productos milagro y medicamentos sin receta médica. No pasa nada. Circulen.

Hace unos años todo esto valía. Una médica podía prescribir en un folio en blanco o en la servilleta de un bar, pero desde enero de 2013, según lo establecido en el Real Decreto 1718/2010 sobre Receta Médica y Órdenes de Dispensación, solo es válido un único formato de receta médica oficial en papel (la receta privada electrónica apareció en diciembre de 2019), el que os mostramos a continuación a modo de ejemplo. Como podéis ver, debe llevar consignados los datos siguientes: número de receta, nombre de la paciente, datos completos de la médica, incluido el número de colegiada, la medicación, la posología y la fecha. Consejito que os damos: ya que os dejáis la pasta en la sanidad privada, al menos que os hagan las cosas como toca, tanto en la atención como en la receta. Por vuestro bien y por el de la trabajadora que os atienda en la oficina de farmacia. ¡Ah! Y un pequeño recordatorio: los partes de urgencias no son válidos. De nada.



Nº de Receta:

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA

PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).

Núm. envases / unidades:

Duración del tratamiento

Posología

Unidades | Pauta

Nº orden dispensación

Fecha prevista dispensación

/ /

Firma de Farmacéutico

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)

PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)

Dr.
Núm. Colegiado:
Medicina general

Email:
Tlfno/Fax:
Fecha de la prescripción * / /

Información al Farmacéutico, en su caso

Motivo de la sustitución

Urgencia

Desabastecimiento

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)

* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

CÓDIGO DE BARRAS

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora.

Imagen 1. Modelo estándar de receta privada extraído de la Organización Médica Colegial (OMC).

Es decir, las médicas prescriben en formatos no legales, pero ni los colegios oficiales ni las organizaciones médicas ponen freno a esta práctica; las farmacias lo consienten porque si no las clientas se van a la de al lado; las clientas presionan si le dicen que el documento que han traído no vale para comprar su medicación; los colegios de farmacéuticas tampoco hacen nada al respecto; la administración pública hace la vista gorda porque la situación le viene bien, y al final la trabajadora tiene que pasar por el aro debido al temor a perder el trabajo. Maravilloso, ¿no? Pero es que hay que comer.

Farmacéutico adjunto

Fecha de alta: 18/11/2021 – Fecha de actualización: 28/01/2022
Toledo

Se busca farmacéutico con experiencia mínimo 2 años en oficina de farmacia con conocimientos en marcas premium de cosmética. Se valorará positivamente experiencia con Famatic. Se ofrece jornada

completa con un horario continuado rotativo de lunes a viernes, y domingos alternos.

Número de vacantes: 1
Estudios mínimos: Grado en Farmacia
Experiencia mínima: Sí

Y hablando de comer, ¿cómo está la oferta de empleo en el caso de las dietistas-nutricionistas? Pues realmente mal. En cuanto a esta especialidad, no hablamos solo de que los puestos de trabajo que se ofrecen estén enfocados a los objetivos comerciales, sino también de que a eso se le añade la precariedad laboral y salarial de los empleos por cuenta ajena, como demuestran los ejemplos reales que adjuntamos. Además, en algunas ocasiones se exige a la futura trabajadora que sea autónoma, con lo cual, el trabajo no siempre es por cuenta ajena y con contrato. Para colmo, las dietistas-nutricionistas sufrimos el intrusismo del personal sanitario y no sanitario, a pesar de que según la ley la única profesional sanitaria autorizada para la elaboración y seguimiento de dietas es la dietista-nutricionista, como así lo indica a la perfección el artículo 7-g de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Pero da igual, pues el intrusismo no está perseguido y acaba haciendo recomendaciones dietéticas cualquier persona sin ningún tipo de titulación, o con una titulación sanitaria que no es la exigida por la LOPS, con lo que encontramos enfermeras, fisioterapeutas, químicas, etcétera, aconsejando dietas a la población general al margen de la ley.

Finalmente, si la intención de la profesional de la nutrición y la dietética es trabajar en el sistema público de salud, le recomendamos que lo olvide, ya que en muy pocas comunidades autónomas y de forma muy puntual se cuenta con este tipo de profesionales, como es el caso de la Comunitat Valenciana, que añade la contratación de cien dietistas nutricionistas en los presupuestos generales de la Generalitat para 2023.(14) Por añadidura, hoy todavía no existe la figura de la dietista-nutricionista interina residente como posible formación sanitaria especializada, a pesar de que estas profesionales llevan años clamando al cielo por el tipo de seguimiento dietético que se realiza en los hospitales. Seguimos dándoles galletas para desayunar a las enfermas en los hospitales. Desde aquí, clamamos por su inclusión dentro del catálogo de especialidades sanitarias.

Como los MIR de las médicas o los FIR de las farmacéuticas, pero con las dietistas nutricionistas y ¡que viva la práctica médica multidisciplinar!

Recapitulemos. Las dietistas-nutricionistas solo pueden optar a un trabajo por cuenta ajena, cuyas condiciones distan mucho de lo que deberían ser unas condiciones laborales dignas para una titulada universitaria o a crearse una consulta privada por su cuenta y riesgo. Por otra parte, el trabajo que pueden desempeñar en ciertas clínicas o establecimientos que ofrecen tratamientos dietéticos, con pocas garantías y sin aval científico (clínicas «herba», «nutri», «diet», etcétera, ya nos entendéis), está diseñado para que pueda realizarlo cualquier persona, con o sin titulación. El hecho de que en las farmacias se vendan productos de dudosa eficacia no quiere decir que en este tipo de tiendas se vendan productos útiles. La alternativa no es dejar la farmacia por cosas naturales, ni mucho menos. Por cierto, seguimos insistiendo en que no juzgamos a aquellas personas, tituladas o no, que quieren ganarse la vida con un trabajo. La culpa no es de la trabajadora, sino de las empresas que se aprovechan sin ningún escrúpulo de la precariedad de las personas y de la laxitud con que se regulan unas prácticas que rozan la estafa sanitaria.

Una vez descartada la posibilidad de entrar en el sistema público de empleo, al menos si lo que se quiere es desarrollar un trabajo relacionado con la alimentación y la nutrición, nos quedan las oficinas de farmacia donde las profesionales dan recomendaciones dietéticas, entregando (que no elaborando) dietas. ¿Qué sucede en estos casos?

Principios básicos de las consultas de nutrición y dietética

> ¡A Dios pongo por testigo de que jamás volveré a pasar hambre!
>
> Scarlett O'Hara (Vivien Leigh),
> en *Lo que el viento se llevó*

La dispensación de medicamentos y la venta de productos de dudosa utilidad para un sinfín de problemas no son los únicos servicios que podemos ir a buscar en una oficina de farmacia. Otra faceta del negocio es la oferta de orientaciones sobre nutrición y dietética con la finalidad de

que la clienta se lleve unas pautas alimenticias que le ayuden a mejorar su salud, ya que la misma farmacéutica conoce muy bien la afección que padece la persona dado que le está dispensando el medicamento. Por ejemplo, cuando la farmacéutica vende simvastatina o metformina,(15) es probable que la paciente tenga un problema con sus hábitos alimenticios y de ejercicio físico. El estatus de las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios regidos por personas con titulación sanitaria (farmacéuticas y técnicas de farmacia) da confianza a la sociedad, que percibe como segura la información sobre nutrición que recibe en cualquier farmacia. Porque son sanitarias. Porque sabrán de eso. Sin embargo, los servicios dietético-nutricionales que se ofrecen en la mayoría de las farmacias distan mucho de lo que debería ser una consulta con una dietista-nutricionista especializada. De hecho, a menudo ni siquiera se cuenta con una técnica en dietética o una dietista-nutricionista para llevar a cabo esa función.

Para entender bien por qué estos gabinetes o servicios habituales en las farmacias de nuestro país no son lo que dicen ser, haremos una breve explicación de cómo se trabaja en un gabinete de nutrición y dietética profesional. Fundamentalmente, y teniendo en cuenta que el día a día puede ser más complejo, el trabajo realizado por una especialista se divide en cuatro partes: anamnesis, elaboración de la dieta, seguimiento y finalización del seguimiento.

1. *Anamnesis*

La primera consulta de una especialista de nutrición humana y dietética se caracteriza por la realización de la anamnesis, que es la recogida de toda la información relevante sobre la paciente. Este punto es vital, ya que debe acercar a la profesional a la realidad, con el mayor detalle posible de la paciente, por lo que las cuestiones que se plantean en esta fase no solo tratan de los hábitos dietético-nutricionales, sino que también indagan en otros aspectos sociales, como su profesión y sus horarios de trabajo, su vida social, su capacidad económica, su tiempo libre, la actividad deportiva que realiza, cómo se organiza su día a día y cualquier otro dato[11] que la profesional considere relevante y que vaya a afectar a sus ritmos de alimentación y de actividad física. No debemos tratar igual a una persona que es oficinista, trabaja la mayor parte del tiempo sentada, tiene horario

intensivo (de modo que disfruta de tiempo libre por las tardes) y cuyos ingresos anuales pueden rondar los 30.000 euros que a una paciente cuyos ingresos son de 18.000 euros anuales y desempeña un oficio con mayor actividad física, por ejemplo, en la construcción. Es evidente que hay que tener tacto, y no es correcto preguntar sin rodeos el salario que percibe una persona, pero sí se puede preguntar por el oficio y estimarlo. Asimismo, se puede obtener información con preguntas indirectas como: «¿Cuánto dinero dedicas a la compra de productos alimenticios?», y otras estrategias, pues conocer los recursos económicos de las pacientes es muy importante para la elaboración de la dieta.

Las profesionales cuentan con una plantilla extensa con los puntos más trascendentes, que les ayuda a no olvidar abordar ninguno de ellos. Existen modelos genéricos en internet, pero en general las profesionales de la nutrición y la dietética los adaptan a sus necesidades o los elaboran por completo partiendo de cero.

Después de la anamnesis, se suele solicitar un análisis de sangre, que, como depende del Sistema Nacional de Salud, no se puede valorar en la primera consulta (se pide también la más reciente, aunque sea de unas semanas atrás). El objetivo es conocer los valores sanguíneos básicos del hemograma y la bioquímica sanguínea.

Además, como es evidente, la profesional sanitaria realiza la medición de la altura y el peso de la paciente y, en ciertas ocasiones, la medida indirecta del perfil lipídico mediante la toma de medidas antropométricas, en los pliegues cutáneos (los conocidos michelines) y las circunferencias de diferentes partes del cuerpo, o con una balanza que proporciona el dato del perfil lipídico. Profundizaremos en esta cuestión más adelante, ya que es un servicio que también se ofrece en estos gabinetes de farmacia. Las profesionales de verdad se forman en el campo de las mediciones corporales o antropometría realizando un curso intensivo llamado ISAK,(16) que consta de varios niveles y acredita internacionalmente para la toma de medidas antropométricas.

La captación y el tratamiento de esta información individualizada y tan específica es fácil que requiera un par de horas de consulta, y puede generar cierta frustración en la paciente, que no se lleva nada a casa tras esta primera visita salvo la sensación de haber pagado por una entrevista en la que ha dado mucha información personal. Tengamos muy presente que es imposible preparar una dieta individualizada sin conocer a la persona que la va a recibir. ¿O es que la médica nos da el tratamiento sin

saber lo que nos pasa? Es obvio que no, en cambio, lo más común en otro tipo de consultas es que el primer día la persona se lleve una dieta genérica, la misma que se han llevado decenas de personas antes sin tener en cuenta ninguna consideración particular.

En las consultas de especialistas, por lo general a la paciente le toca esperar a la siguiente cita para recibir la dieta que se le va a pautar. Remarco de nuevo este punto porque si nos ponemos en la piel de la paciente, que en la primera consulta lo único que ha hecho es dar información y ser medida y pesada además de pagar, quizá compartamos su impresión, no del todo buena (a pesar de que se dedica un tiempo a explicar qué es lo que se está haciendo y para qué), pero es necesario trabajar así. Analizar una cantidad importante de datos para confeccionar la dieta requiere su tiempo. Es vital conocer a la paciente al máximo para realizar una orientación dietética inicial más precisa.

2. *Elaboración de la dieta*

Esta parte es la que da más trabajo a la dietista-nutricionista. Todos los datos recogidos en la fase anterior deben ser estudiados para elaborar una dieta que se adapte a la perfección al ritmo de vida de la persona, los horarios de sus comidas, su capacidad económica, sus gustos y costumbres y el estilo con que cocina. De ahí que todas las dietistas-nutricionistas insistamos en que difícilmente se encontrará nunca un método infalible que valga para toda la población, como parece que sucede año tras año en torno a marzo y abril con motivo de la operación biquini, por supuesto. Hay generalidades que se deben tener en cuenta, como la recomendación de no consumir bollería industrial, que es una de las pocas que dan casi con unanimidad las profesionales de la nutrición, pero es improbable que dos personas compartan las mismas características anatómicas y la misma situación económica y social. Así pues, en esta parte del proceso la profesional estudiará los platos típicos de la paciente, cuáles son más o menos saludables y en qué horarios los suele comer; verá si los lleva preparados al trabajo o si los cocina en el momento; determinará qué alimentos saludables que la paciente esté dispuesta a probar puede añadir a la lista de la compra, de qué productos debe reducir de modo drástico el consumo y si debe fomentar la realización de actividad física (si le conviene realizar un ejercicio en concreto, las especialistas pertinentes son

las tituladas en ciencias de la actividad física). A veces se tiene en cuenta el número de calorías consumidas, pero a menudo adquirir hábitos saludables es suficiente para alcanzar el objetivo que se plantea. A partir de este estudio, la profesional elaborará una dieta inicial, con la duración que considere necesaria, y con la flexibilidad que se pueda aplicar en cada plato. Hay muchos estilos y tipos de dieta, y que se recomiende una u otra depende de la paciente. No hay dos dietas iguales porque no hay dos pacientes iguales, y la profesional debe saber adaptarse a cada circunstancia.

La paciente no es consciente del tiempo que le dedica la profesional porque no está delante mientras esta elabora el plan dietético, pero es tiempo gastado por la trabajadora que debe compensarse económicamente, por eso a veces puede parecer que las dietas realizadas por profesionales son demasiado caras (cosas de no estar en el servicio público de salud).

Así, por fin, la dieta inicial queda lista, y en la siguiente consulta se le podrá entregar y explicar con todo detalle a la paciente, la cual comenzará a seguirla desde el, esperemos, mismo día. O el siguiente. O el próximo lunes, un propósito muy típico.

3. *Seguimiento*

En este punto la paciente ya se ha llevado una dieta personal e individualizada a casa con el objetivo de ponerla en práctica. No siempre es necesario una pauta cerrada ni una serie de indicaciones siempre flexibles. Hay pacientes que prefieren seguir un plan punto por punto sin tener que pensar en qué pueden cocinar o prepararse, con lo que su dieta estará sujeta a pocos cambios. Por el contrario, otras pacientes esperan tener cierta flexibilidad y la posibilidad de ir adaptándose a las comidas, cambiando algún alimento por otro en ciertos momentos de su día a día. También hay las que quieren aplicar su dieta a toda la familia, una dieta que por lo general se puede adaptar para que no tengan que hacer varios platos a la vez, lo cual suele resultar engorroso.

Tras un tiempo prudencial de prueba de la dieta, es lógico volver a concertar cita con la paciente. El tiempo entre la prescripción de la dieta y la siguiente consulta dependerá de las circunstancias de la paciente, pero rara vez es inferior a una semana o superior a un mes. El objetivo de esta nueva consulta es, en especial, ver cómo está funcionando el plan dietético.

Para ello, la profesional tendrá una batería de preguntas preparadas para ver cuáles son los puntos fuertes de la dieta y cuáles son los más flojos, con la finalidad de cambiar estos últimos. Además, es importante volver a tomar las medidas antropométricas. El seguimiento es fundamental para tener controlado un concepto básico en dietética que va ligado a la individualidad del tratamiento, y que conocemos como adherencia.

Debido a la adherencia, no existen dietas que se adapten a todo el mundo, pues no toda la población es capaz de seguir a rajatabla los mismos pasos. Por ello, diseñar una dieta que se ajuste lo máximo posible a las necesidades de la paciente es de vital importancia para que el cambio de hábitos se consolide. Recordamos que el objetivo final del tratamiento dietético es que la persona adquiera unos hábitos de vida saludables para ella y que pueda mantener en el tiempo. Los tratamientos dietéticos puntuales pueden servir en momentos concretos, pero al final deben derivar en una educación en hábitos nutricionales que sea permanente. Este es otro de los motivos por los cuales resulta importante hacer el seguimiento dietético: la dieta puede cambiar.

Dietista/nutricionista(17)

Ourense, Ourense (España)

La división de Trabajo Temporal y Formación del Grupo [nombre] precisa incorporar para importante empresa del sector farmacéutico dietistas / nutricionistas para trabajar en la zona de Ourense. Se encargará de realizar el asesoramiento y la venta de productos, control y seguimiento de pacientes, formación a personal de farmacias, control de stock, merchandising y escaparatismo, entre otras funciones.

Se ofrece:
- Jornada parcial de 20 horas a la semana
- Formación inicial y continua
- Dietas y comisiones por consecución de objetivos
- Teléfono de empresa

Salario no disponible
Experiencia mínima: al menos 1 año

Tipo de contrato: a tiempo parcial, jornada indiferente

4. *Finalización del seguimiento*

El tratamiento dietético terminará cuando se considere que se ha alcanzado el objetivo. Será así cuando la paciente se sienta cómoda con los hábitos dietéticos y de actividad física consolidados y sea capaz de ajustar su alimentación de modo autosuficiente, adaptando diferentes menús y planes, realizando las excepciones oportunas para su vida social. Porque no debemos olvidar que los seres humanos somos seres sociales. Con esto nos referimos a que es muy habitual que las comidas y las cenas se utilicen como eventos sociales, y debemos ayudar a que así sea. Para cualquier persona supondría un problema no poder celebrar una comida familiar o con amigas de forma puntual por tener que seguir la dieta. Por otra parte, la profesional puede dar consejos para que estos eventos sean lo más saludables posibles. Una vez alcanzada esta meta, profesional y paciente se despiden sin necesidad de concertar una cita a corto plazo, salvo que surja algún imprevisto.

No es fácil llegar hasta aquí, por muchísimas razones. Una de ellas es que el cambio de hábitos requiere una fuerza de voluntad mínima y un sacrificio por parte de la persona que lo va a realizar. Por ello, si el cambio va a ser muy drástico, lo mejor es empezar muy poco a poco a adquirir los hábitos saludables y a introducir alimentos nuevos pero desconocidos hasta el momento para la persona, valorando mientras tanto las posibles actividades físicas, para lo cual, insistimos, la figura de una titulada en actividades físicas y deportivas puede ser también necesaria.

Otra de las razones es la capacidad económica. Evidentemente, cada consulta que realiza la paciente cuesta dinero, por lo que, en muchas ocasiones, y dada la costumbre de que nos den un papelito con una dieta y *p'alante*, la persona que requiere el tratamiento dietético no llega a la parte del seguimiento por voluntad propia (y por voluntad de sus cuentas familiares), con lo cual es complicado consolidar la adherencia del tratamiento dietético y este fracasa. Así, aprovechamos este momento para insistir en que es imprescindible la figura de la dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en atención primaria.

Las dietas en oficinas de farmacia

Antes de meternos en faena conviene repasar la legislación aplicada a los gabinetes de nutrición y dietética en las oficinas de farmacia. Primero de todo, es preciso decir que la posibilidad de incorporar un gabinete de nutrición en la farmacia depende de la legislación de cada comunidad autónoma, puesto que las competencias en esta materia están transferidas. Por ejemplo, en Galicia para poder ofrecer el servicio de nutrición y dietética en la farmacia, la titular de la farmacia ha de estar en posesión del grado de nutrición humana y dietética,[12] mientras que en otras comunidades autónomas la ley es más laxa y permite dar el servicio sin requerir titulación específica.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias limita las competencias de las farmacéuticas respecto a la nutrición, pues aunque les otorga la función un tanto inespecífica de «vigilancia de la salud pública», estipula que la prescripción de dietas personalizadas corresponde a las dietistas-nutricionistas que «desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública». Repetimos: la única profesional apta para prescribir un tratamiento dietético es la dietista-nutricionista.

Aclarado esto, y una vez que tenemos una noción de cómo se trabaja o se debería trabajar en la consulta de una dietista-nutricionista, podremos analizar cómo funcionan las dietas que se pautan en las oficinas de farmacia, que no distan mucho de las que se pautan en los centros de dietética que carecen de profesionales de la salud y que no es necesario mencionar aquí, pero que son conocidos por todas, ya que suelen ser franquicias o cadenas o tienen un nombre característico con la palabra «diet» o «natur». Nombres que no dicen nada pero lo quieren decir todo. A esto se añade el peligro de la percepción social de la oficina de farmacia como un centro sanitario, que lo es, si bien, tristemente y en nuestra opinión, cada vez menos.

¿Y qué queremos decir con esto? Pues sobre todo que el funcionamiento de la empresa privada Diet-center-natur-llamémosle-X es muy similar al de una oficina de farmacia, donde la persona encargada de elaborar las dietas forma parte de una empresa externa a la farmacia, pero que tiene un aura de credibilidad mayor por el simple hecho de estar

instalada en un centro sanitario como es la oficina de farmacia. De este modo, se pueden dar casos de personas que digan: «No, yo no voy a los centros Diet-center-natur-llamémosle-X porque no son de fiar. Yo prefiero ir a que me hagan una dieta a mi farmacia».

Y esto a veces es peligroso, porque la paciente debe de considerar que lo está haciendo bien. Porque son farmacias. Porque son centros sanitarios. Porque cuidan tu salud. Porque el dinero es secundario, lo importante es ayudar a la clienta, perdón, la paciente.

Pero no.

El funcionamiento suele ser muy parecido en todos los centros, y es más o menos como sigue:

—Buenas tardes, venía a que me hicieran una dieta para perder peso.

—Perfecto. Le tomo los datos, los pongo en la báscula y suba. Coja los asideros y espere un minuto.

(La clienta se agarra, mete barriga, aguanta la respiración).

—Muy bien, esto ya está. La báscula me indica que su IMC es de 28, por lo que usted tiene sobrepeso. Su gasto energético ronda las 1.837 kilocalorías, pero como hay que poner algo de actividad física y usted es sedentaria, pues rondará las 2.000 kilocalorías totales. Además, su porcentaje de grasa es del 33 %.

—¿Y eso qué quiere decir?

—Pues que es muy alto y conviene que hagamos algo para bajarlo.

—Sí, claro. Quería bajar de peso.

—Pues fenomenal, porque si quiere bajar de peso le puedo dar esta dieta de 1.500 kilocalorías que puede seguir desde mañana mismo.

—¿Puedo ver si me gusta lo que hay?

—Bueno, alguna cosa podrá cambiar, pero no demasiado.

—Es que yo las verduras...

—No se preocupe, porque como sustitutivo de las verduras le puedo dar un extracto de alcachofa, que además le ayudará a ir más al baño y así conseguirá antes el objetivo de la pérdida de peso.

—Vale. En cuanto a lo del ejercicio, no sé, porque a veces cuando como poco me siento algo cansada y necesito comer un poco más...

—Entonces también le recomendaría este suplemento multivitamínico y, por la noche, puede sustituir la cena por un vaso de leche con estos polvos proteicos, que son muy sanos y además saben a chocolate. Riquísimos. Yo los tomo.

—Fenomenal, muchas gracias.

—De nada. Son treinta euros la sesión. Los suplementos van aparte.

Recordemos que estamos en una oficina de farmacia. La persona que nos atiende debe ser profesional sanitaria. Sabe lo que se hace. Y lo que ha hecho en este momento es ganar 30 euros en menos de media hora por fotocopiar un papel en forma de dieta y, lo más importante, colocar tres productos que lo más probable es que no bajarán de los 50 euros. Todos contentos. Al menos ha pesado a la clienta, le ha calculado el porcentaje de grasa y le ha dicho cuántas kilocalorías gasta. Lástima que las cosas no sean tan sencillas, ni siquiera para esos valores. Pero vamos a aclararlas enseguida.

Nutricionista visita farmacias

Barcelona, Barcelona

Requisitos mínimos
Titulación oficial en Dietética y Nutrición o farmacéuticos con especialidad en Nutrición.
Experiencia mínima de 2 años en puesto similar.
Es imprescindible aportar una clara orientación al cliente, orientación a objetivos, así como habilidades comerciales y de comunicación.

Estudios mínimos: Diplomatura
Experiencia mínima: Al menos 2 años
Trabajo solo presencial
Salario no disponible
Tipo de contrato: de duración determinada, jornada completa

Las básculas de bioimpedancia

Existen unas básculas especiales con unas piezas metálicas en forma de pie que pisamos descalzas cuando nos pesamos y que, además, tienen un asidero que sujetamos con ambas manos, como si cogiéramos un manillar de un patinete, también con unas partes metálicas en contacto con las manos. Así pues, tenemos las cuatro extremidades tocando piezas metálicas de un aparato que tiene electricidad y que nos convierte *ipso facto* en un

interruptor que ha cerrado un circuito eléctrico. Cuando hablamos de bioimpedancia nos referimos a ese fenómeno por el cual, mediante estas básculas con sus partes metálicas entre los pies y las manos, llamadas técnicamente *electrodos*, se extrae el dato de la masa corporal grasa y la masa corporal magra. Pero ¿qué hace con exactitud esa báscula para saber estos porcentajes? ¿Funciona en realidad? Veámoslo.

Para averiguar en qué momentos este dato puede o no puede sernos útil primero debemos saber en qué se fundamentan estas básculas, es decir, qué miden en concreto. Y no nos referimos al «porcentaje de grasa», no. Lo que de verdad miden estas básculas es la velocidad eléctrica. La bioimpedancia está basada en la conductividad eléctrica, y su funcionamiento es mediante el envío de una corriente eléctrica de baja intensidad desde un electrodo de la báscula.[13] Este impulso atraviesa nuestro organismo y llega a otro electrodo que actúa de receptor. Imaginemos estas básculas, con sus piezas metálicas en los pies (electrodos emisores), mandando una señal eléctrica a través de nuestro cuerpo, que llegará a las manos y será recogida por las piezas metálicas (electrodos receptores) a las cuales tocan. La corriente eléctrica tarda un tiempo concreto en completar el recorrido, dependiendo de la resistencia que encuentre a lo largo de los lugares por los que pasa. A partir de este tiempo, de la altura, del peso y de la edad, la báscula aplica unas fórmulas que calculan de forma indirecta el porcentaje de grasa del organismo. Igual suena un poco enrevesado todo esto, pero lo esencial es entender que somos el enlace que permite que la electricidad de la báscula circule de un electrodo a otro, y que esa velocidad varía dependiendo de la resistencia de ese enlace, es decir, nuestro propio organismo. Resumiendo: a más resistencia, más tiempo tarda el impulso en atravesar el organismo, de modo que más cantidad de grasa hay.

¿Y cuál es la parte conductora de electricidad en nuestro organismo? Pues lo podemos deducir con facilidad porque es un conocido conductor eléctrico: el agua.(18) Este dato es importante, ya que este líquido tan valioso para la vida va a determinar si la medición es más o menos exacta. Es decir, la estimación más precisa de esta báscula es la cantidad de agua que posee el organismo en el momento de la medición. Por derivaciones y teniendo en cuenta el tiempo que ha tardado la señal eléctrica en cruzar todo el cuerpo, la báscula hace un cálculo que extrae la masa libre de grasa, también llamada masa magra, y la masa grasa. Vamos, que te dice el porcentaje de nuestro cuerpo que es grasa y lo que no lo es. Como sabemos,

el porcentaje de agua que posee una persona debe oscilar entre unos valores muy concretos y debe variar poco (el balance hídrico tiene que ser estable), y depende de muchos factores, entre ellos la edad. Sin embargo, la misma persona no tiene la misma cantidad de agua en los distintos momentos del día, por lo que la conductividad en su organismo variará según cuándo se realice la medición, lo cual NO afectará a la cantidad de grasa que tenga, pero SÍ al resultado que se obtenga en esta medición, por lo que se puede concluir que la medición es imprecisa en según qué momentos.

Por ejemplo, es sencillo de entender que la cantidad de agua en el organismo de una persona no es la misma si esta tiene la vejiga llena que si la tiene vacía, como tampoco es la misma si ha ingerido líquidos o sólidos hace poco o si los ha consumido hace más tiempo. Además, otros factores como la temperatura corporal, la actividad física reciente o incluso la posición en la que se coloca el cuerpo afectan a estas mediciones. Por ello, existe un procedimiento estandarizado para realizar la medición de la grasa corporal por bioimpedancia y deben cumplirse, al menos, las siguientes condiciones:

- No haber hecho ejercicio físico en las últimas veinticuatro horas.
- Haber ido al baño antes de la medición.
- Retirar objetos metálicos del cuerpo, como pendientes o anillos.
- Estar en un ayuno de al menos cuatro horas.

Asimismo, hay otros condicionantes que pueden alterar la cantidad de líquido corporal, como el ciclo menstrual o algún medicamento determinado.

Ahora que ya entendemos el funcionamiento de las básculas de bioimpedancia y el procedimiento correcto de medición, podemos preguntarnos si en cualquier oficina de farmacia donde se hacen dietas o en cualquier establecimiento privado dedicado a la dietética se paran a realizar la medición con tanto detalle. Es posible que no. Por no decir que estamos casi del todo seguros de que no, porque, entre otras cosas, hay que ser productivas: más tiempo por consulta son menos consultas, menos productos vendidos y por lo tanto menos ingresos. Y esto significa la bioimpedancia mal hecha, la simple medición del peso y la altura y una serie de preguntas básicas, en total, no más de diez minutos de atención. A continuación, fotocopia de dieta hipocalórica prefabricada y pastillitas,

polvos o ampollas. Siempre en formato de medicamento(19) o suplemento. Porque hay que ser profesional. O al menos aparentarlo.

Antropometría

Hemos visto que en la bioimpedancia intervienen muchas variables que pueden hacer que la medición del porcentaje de la grasa corporal no sea realmente rigurosa. Pero no es la única técnica para calcular el porcentaje de grasa, y las profesionales de la nutrición y la dietética hacen uso de una forma mejor de medir la cantidad porcentual de grasa que tiene una persona: la antropometría. La antropometría se basa en la medición de diferentes puntos anatómicos, como los perímetros corporales, el diámetro de los huesos, los pliegues cutáneos, la altura y el peso.

Estas mediciones son muy frecuentes en el campo de la nutrición deportiva, en el que, para conseguir unos mejores rendimientos, se hace un control de los hábitos alimentarios y de la actividad física mucho más riguroso que en la población general. Las profesionales de la nutrición y la dietética que realizan estas mediciones en sus consultas lo hacen con la finalidad de asegurar que el peso que se pierde procede del contenido graso y no de cualquier otro. Además, existen pacientes que, sin ser deportistas de élite, hacen ejercicio con unos objetivos personales que requieren una intervención dietética mayor (quieren correr una media maratón, terminar un triatlón, nadar en aguas bravas, etcétera), por lo que la herramienta de la antropometría es muy útil.

En muchas oficinas de farmacia en las que se elaboran dietas, o en esos centros que son llevados por personas no profesionales, también se emplea la antropometría, con procesos como la medición de la cintura, de la cadera y de algún pliegue cutáneo, por ejemplo, el suprailíaco. Estas mediciones, sin embargo, no siempre son realizadas con precisión, como veremos a continuación.

La medición de los pliegues cutáneos consiste en pinzar el tejido adiposo de una zona concreta con un aparato llamado lipocalibrador o plicómetro, que da una medición en milímetros de la cantidad de grasa que se ha cogido. Es bastante común coger como muestra el tejido suprailíaco o el abdominal —el que suele denominarse «michelín»—, pero es necesario medir muchos más pliegues para elaborar el perfil lipídico de una persona (femoral en la pierna, tricipital en el brazo, etcétera). Por otro lado,

también se miden circunferencias más allá de la cintura y la cadera, como el bíceps relajado y contraído. Finalmente, en cuanto al tamaño de los huesos, se toma la medida del ancho de la muñeca o la cabeza del fémur con un pie de rey o paquímetro. Con todo esto podemos saber el somatotipo de una persona, es decir, la forma que tiene su cuerpo.

El problema de la antropometría es que el resultado de la medición puede ser muy distinto según quién realice dicha medición, ya que, si se miden diferentes puntos anatómicos, aunque sean cercanos, los datos pueden oscilar varios milímetros, lo cual afectará al resultado final, que deriva de una combinación de los datos anatómicos recogidos. Para evitar esta diferencia, existe un protocolo de medición muy específico, con el cual cualquier persona en cualquier parte del mundo realizará la medición siguiendo los mismos pasos y de manera correcta. Este protocolo lo elabora y revisa la anteriormente citada International Society of Anthropometry and Kinanthropometry, que organiza los cursos ISAK. Estos constan de cuatro niveles de conocimiento, el primero de los cuales es para técnicas restringidas, capacitadas para realizar gran parte de las medidas antropométricas, pero no todas, solo las más básicas. El segundo nivel es para técnicas completas, que conocen el procedimiento de elaboración de todas las medidas necesarias. El tercero es para formadoras, y permite a la persona que lo alcanza impartir el curso a nuevas alumnas. El cuarto y último nivel es una especie de reconocimiento a la trayectoria como formadora y trabajadora en ISAK. No nos adentraremos más en el gran mundo de los cursos ISAK, pero sí conviene saber que la formación para realizar la medición anatómica de manera correcta la tienen las personas que hayan conseguido finalizar con éxito al menos el primer nivel de estos cursos.(20)

Resumiendo, si dos personas no profesionales diferentes miden el índice cintura/cadera a una misma paciente, es muy probable que el dato sea completamente distinto, lo cual elimina la posibilidad de sacar unas conclusiones fiables. Hablamos del índice cintura/cadera porque este valor se asocia al riesgo cardiovascular. El valor correcto según la OMS es de entre 0,71 y 0,84 para las mujeres, y entre 0,78 y 0,94 para los hombres. Los valores superiores a estos indican un aumento del riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular.[14] A pesar de que medir la cintura y la cadera de una persona parece sencillo, lo normal es que, si distintas personas realizan diferentes mediciones, se obtengan datos con variaciones, ya que no se habrán tomado en el mismo sitio ni de la misma forma.

Concluyendo, debemos añadir sobre esta cuestión que existen cintas métricas homologadas, ya que las típicas cintas de costurera están hechas de un material que puede ceder.

Lo que sucede con la medición de la cintura y la cadera ocurre con cada una de las medidas antropométricas que nos pueda tomar una persona no profesional, por lo tanto, los datos serán incorrectos y darán lugar a sesgos en la interpretación final.

Aun así, lo que interesa es parecer profesional, a pesar de que uno lo sea o no.

Un último dato muy importante, ya que es muy sencillo y muy utilizado, es el índice de masa corporal, conocido por sus siglas IMC o a veces por las siglas en inglés, BMI, de *body mass index*. Es el resultado de dividir nuestro peso en kilogramos por nuestra altura en metros elevada al cuadrado. La fórmula matemática es *IMC = kg / m2*. Como este índice relaciona el peso en kilogramos (cuya variabilidad puede depender de nuestros hábitos) con la talla (que es la variable independiente de lo que comamos o del ejercicio que hagamos) la interpretación del resultado nos dará datos sobre el peso, que es la parte variable, la que depende de nuestro estilo de vida. Así pues, los valores obtenidos indican lo siguiente:

1. **Bajo peso**: valores por debajo de 18,5 kg/m^2
2. **Peso normal**: valores comprendidos entre 18,5 y 25 kg/m^2
3. **Sobrepeso**: valores comprendidos entre 25 y 30 kg/m^2
4. **Obesidad**: valores superiores a 30 kg/m^2

Hay tablas que clasifican los diferentes tipos de obesidad, que son de mayor riesgo a medida que van aumentando, pero no es el objeto de este capítulo profundizar en las diferencias entre ellos.

Este índice puede ser de utilidad para la población general, una forma fácil de entender, basada en un número, cómo es nuestra salud dependiendo del peso, pero, como todo en esta vida, tiene limitaciones[15] que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, no es válido para personas menores de dieciocho años o mayores de sesenta y cinco. Para las menores de dieciocho años se utilizan tablas de percentiles en los que se valora, aparte del IMC, el peso y la talla por separado. En estas tablas infantiles es más importante la evolución de la niña o adolescente en comparación con la población general de la misma edad que el IMC en sí, y se vigilará que la evolución a lo largo de los años se mantenga en la curva o percentil

adecuado.

En las personas mayores de sesenta y cinco años se producen cambios fisiológicos y patológicos que pueden llevar, entre otras cosas, a una disminución de la estatura. Es una de las razones por las cuales los rangos de normopeso en personas mayores de sesenta y cinco pueden variar, así que se considera saludable el IMC comprendido entre 22 y 27 kg/m2.

Para acabar con el análisis del IMC, conviene señalar que este valor tampoco es fiable en personas que practican un deporte que requiere un desarrollo de la masa muscular por encima de lo habitual. Es el caso de los deportes que se basan en la fuerza, como el boxeo, el lanzamiento de peso, la halterofilia y el culturismo. Las profesionales de estas disciplinas deportivas acostumbran a tener unos índices de masa corporal que, en general, indicarían un alto grado de obesidad, aunque es evidente que no son personas con sobrepeso. Y no lo son porque la obesidad se entiende como un acúmulo excesivo de masa grasa, mientras que estas deportistas presentan porcentajes de grasa bajos. Es importante comprender este último punto para entender el siguiente apartado, donde veremos algunos productos utilizados en dietas de adelgazamiento y explicaremos por qué no funcionan. No están todos los que son, debido a la gran variedad de complementos y tratamientos que se encuentran en el mercado, pero la selección que presentamos servirá de ejemplo de cuántos preparados nos pueden encasquetar en estas consultas para perder unos kilos de más, así como para constatar que el mercadeo de la salud alcanza muchos ámbitos: el dolor, las dietas y algunos más que describiremos en los siguientes apartados, como diuréticos, vitaminas, L-carnitina... Dicho esto, vamos al lío.

Diuréticos. ¿Retención de líquidos o retención de lípidos?

En este apartado hablaremos de los productos diuréticos. Los preparados adelgazantes que combinan principios activos como el ortosifón, la cola de caballo o el extracto de alcachofa y otros productos con las palabras «drenante» o «detox» en la etiqueta son algunos de los artículos que se venden en nuestras farmacias y también en supermercados o herboristerías para que nos ayuden a reducir unos kilitos nuestro peso y lucir palmito en la playa en verano. Sin embargo, como pasa siempre con los productos milagro, la realidad es un poco más puñetera.

La diuresis es el proceso de producir y excretar orina. No es un proceso para nada sencillo, pues en él intervienen gran cantidad de moléculas, órganos y mecanismos: el sistema cardiovascular, los riñones, la concentración de sodio y potasio, diferentes hormonas, transportadores de membrana, etcétera, que se adecúan a las concentraciones de agua y sales que nuestro cuerpo necesita en cada momento. Está claro que no profundizaremos en la fisiología del sistema renal porque el tema nos ocuparía un libro entero, y nos quedaríamos cortos. Quien quiera ahondar en esta cuestión puede consultar algún libro sobre fisiología humana.(21)

En general, el cuerpo humano es bastante eficiente a la hora de controlar los líquidos corporales y sabe si en una circunstancia determinada precisa retener agua o eliminarla. ¿Quién no ha observado que la orina suele estar más concentrada a primera hora de la mañana que a mediodía? ¿Nadie se ha dado cuenta de que en verano orinamos menos? O que levante la mano quien no se haya ido de cervezas una tarde y se haya levantado con sed a la mañana siguiente. Estas situaciones se deben a que el cuerpo fabrica menos orina por la noche y por eso está más concentrada por la mañana; a que en verano se pierde más cantidad de líquido por otras vías, por ejemplo, sudando, y se ahorra líquido en la orina, y a que la cerveza, o mejor dicho el etanol que contiene, inhibe la hormona antidiurética, lo que nos hace orinar más, y ante esta pérdida de líquidos el hipotálamo activa el mecanismo de la sed para reponer el líquido que falta. Los dos primeros ejemplos son fisiológicos, pero en el de la cerveza interviene un elemento externo, el etanol, que tiene efecto diurético. El etanol hace que perdamos agua. Nos deshidrata. La cerveza no hidrata, aunque os lo digan en las noticias. Y el alcohol es perjudicial.

Así pues, podemos entender a la perfección que los suplementos y alimentos diuréticos son aquellos que contribuyen a que aumente la cantidad de orina que nuestro organismo produce y, en consecuencia, excreta. Con ellos iremos más veces al baño a vaciar la vejiga.

¿Y qué expulsamos por la orina? Pues la mayor parte es agua, que compone muy cerca de un 96 % de toda la orina. El 4 % restante son solutos como la urea, que deriva del metabolismo de las proteínas en el hígado; creatinina, que es producto de desecho del uso de la creatina en los músculos; ácido úrico, como producto de desecho de la metabolización de las purinas, un tipo de ácidos nucleicos, y otros solutos como fósforo, cloruros, etcétera.

Por lo tanto, observamos que en la composición de la orina no existe la

grasa (en condiciones normales), lo cual nos debe indicar de inmediato qué capacidad adelgazante tiene aumentar la diuresis de una persona: ninguna. Y es así porque cuando hablamos de «adelgazar» nos estamos refiriendo a la pérdida de materia grasa, y el hecho de ir más a menudo al baño a mear lo único que va a conseguir es tener que beber agua más veces, ya que el balance hídrico corporal, es decir, el equilibrio entre el agua que entra y la que sale del cuerpo, debe mantenerse estable para que el organismo funcione de manera correcta. Esto significa que el agua que se utiliza en el organismo y la que se expulsa tiene que reponerse a través de los alimentos y de la bebida (que la mayor parte debe ser agua, por nuestra salud).

¿Y si retengo líquidos? Bueno, vamos a ver... Si hay una retención de líquidos es porque existe una patología que debe ser diagnosticada por una médica especializada, ya que puede deberse a problemas hormonales, a la medicación, a problemas de circulación o a cualquier otra causa. Abusar del argumento «Es que, mire, yo retengo líquidos» para justificar el consumo y la venta de productos diuréticos suele ser un sinsentido y, como decimos en el encabezado y como se dice en el mundillo de las dietistas-nutricionistas: «Usted no retiene líquidos, usted retiene lípidos».(22)

El problema de los diuréticos, al contrario de los productos antes citados, cuya eficacia es nula, es que sí hacen efecto y pueden causar o agravar patologías, crear interacciones con medicamentos y provocar cuadros potencialmente graves.(23) Entendemos entonces que el consumo indiscriminado y no pautado de diuréticos no está libre de riesgo.

Hemos dicho que el agua que excretamos por medio de la orina, el sudor o las heces se repone con el agua consumida, y la cantidad de agua utilizada o excretada es la misma que la de agua ingerida. Como decía José Mota, «las gallinas que entran por las que salen». Ahora bien, la orina no es solo agua, y puesto que con ella se eliminan productos de desecho como pueden ser las sales minerales, existe el riesgo, por ejemplo, de perder excesiva cantidad de potasio,[16] que no se repone de modo tan fácil como el agua, ya que los mecanismos que regulan el balance hídrico nos hacen tener sed cuando baja la cantidad de agua del organismo, pero no hay unos mecanismos específicos que nos indiquen que tenemos que tomar más potasio.

Calambres por la pérdida de electrolitos, deshidratación, mareos y cansancio debido a la descompensación de la presión arterial son algunos ejemplos más de los efectos asociados al consumo indiscriminado de diuréticos, por lo que no los recomendamos para perder peso, ni ninguna

dietista o farmacéutica debería hacerlo.

L-carnitina

> —Ni un oso a la vista. La osopatrulla funciona como por encanto.
>
> —Especioso razonamiento. Según esa lógica, yo podría afirmar que esta piedra ahuyenta a los tigres.
>
> —Ah, ¿y cómo funciona?
>
> —No funciona, no es más que una estúpida piedra. Pero no veo ningún tigre por aquí, ¿y tú?
>
> —Lisa, quiero comprarte esa piedra.
>
> *Los Simpson*, temporada 7,
> capítulo 23, «Patrulla anti-oso»

Una vez visto que a través de la orina no se va a conseguir perder grasa, la lectora se preguntará si existen otros suplementos que sí actúen de forma específica sobre la grasa corporal, o al menos que aseguren hacerlo. La respuesta es que, en efecto, los hay, y los encontrará en su farmacia de confianza, faltaría más.

Hablamos de la L-carnitina, que además de en las farmacias se vende en las tiendas para deportistas. Y las deportistas, míralas, ¡qué sanas! Si la consumen las deportistas y la venden en mi farmacia de confianza, debería funcionar. Pero ¿cómo funciona exactamente? Explicaremos primero una parte más técnica y luego haremos un símil.

La L-carnitina es una molécula con una estructura similar a la de un aminoácido, y nuestro organismo es capaz de formarla a partir de lisina y metionina (dos aminoácidos de los veinte que hablábamos en el apartado del colágeno que forman parte de las proteínas y de muchas otras cosas) y mediante la actuación de la vitamina C. La función que nos interesa aquí es la de transporte intermembrana del grupo acil-Coenzima A (acil-CoA). En concreto, la grasa o, para ser más técnico, el ácido graso, que es una molécula demasiado grande, se convierte en unos trocitos más pequeños llamados acil-CoA con el fin de que la célula pueda utilizarlos para obtener energía, pero estos no pueden entrar por sí mismos en la mitocondria (una

parte de la célula que es la «fábrica» donde este acil-CoA se va a «quemar» para desprender energía). Necesita un transportador que los ayude a atravesar la membrana de la mitocondria y les permita entrar en ella. Este transporte es la L-carnitina, que se une al acil-CoA y lo acompaña, como si le llevara de la manita, hasta el interior de la mitocondria para que sea descompuesto poco a poco y obtener energía. Luego, la L-carnitina regresa a por más acil-CoA. Un pelín complicado, lo sabemos.

Por eso vamos a explicar de forma gráfica cómo funciona la L-carnitina en nuestro organismo. Y nos vamos a ir a finales del siglo XVIII, a la revolución industrial. Así comparamos nuestro cuerpo con una máquina de vapor que funciona con carbón. Sheldon Cooper estaría orgulloso de nosotros. Vamos a ello.

En un tren (célula) tenemos cinco estufas (mitocondrias) donde echar el carbón (grasa que se quema), y cada estufa tiene un par de puertas (transportadores transmembrana) por donde dos trabajadoras meten con su pala (L-carnitina) el carbón dentro de la estufa. La pala entra con el carbón, lo deja dentro de la estufa y luego sale de la estufa a por más carbón. Y nosotras tenemos muchísimo carbón, nos sobra, pero seguimos metiendo carbón en el almacén del tren sin haber quemado el que ya teníamos acumulado, engordando en el proceso. Parece una idea razonable, si quiero quemar carbón más rápido, contratar más trabajadoras con sus palas para que lo tiren más deprisa a las estufas. Así, también parece razonable, puesto que tengo mucha grasa, que quiera tener más L-carnitina para que la grasa se queme más deprisa. ¿Y dónde está el problema? Es sencillo: solo tengo cinco estufas y diez puertas. Aunque tenga a treinta y cinco trabajadoras, es casi seguro que veinticinco de ellas no podrán hacer nada para acelerar la combustión del carbón porque no tendrán acceso a las estufas, ya que las puertas estarán ocupadas. Así pues, aunque tenga L-carnitina en abundancia en el organismo, si los transportadores necesarios para que la grasa entre en la célula están saturados, no va a ir más rápido la reacción. Así es como, mediante trenes y un poco de ayuda de los hermanos Marx (aunque estos trabajaban la madera), os hemos querido resumir el término bioquímico de «reacción saturada».

Podemos imaginar que tenemos diez puertas, pero solo seis palas, por lo cual introducir «paladas extra» en nuestro sistema hará que la combustión aumente y nos resultará muy útil. Y suena lógico. Pero surge otro problema: si el tren se mueve despacio, la combustión del carbón no va a ser más rápida. La estufa tendrá suficiente carbón para la velocidad a

la que se está moviendo el tren y no hará falta añadir más, ya que no hay nada que le haga necesitar más energía, porque no tiene previsto ir más rápido.

En nuestro cuerpo sucede algo parecido. Los pocos estudios que han considerado que pueda resultar ligeramente útil el consumo de L-carnitina lo valoran acompañado de un aumento considerable del ejercicio físico,[17] por lo que la estrategia nutricional deberá ser aumentar la actividad física y no tomar suplementos de L-carnitina sin que haya una actividad física considerable. Y si alguien realiza una actividad física considerable, ¿merece la pena que tome L-carnitina? Pues en principio no. La European Food Safety Authority (EFSA) publicó en 2017 que no existe suficiente evidencia para afirmar que el consumo de L-carnitina contribuya al normal funcionamiento del metabolismo de los lípidos.[18] Y eso que las *health claims* («declaraciones de salud»), que vienen a ser esas coletillas con propiedades sugerentes que vemos en muchos complementos alimenticios adelgazantes (y también en los que estimulan las defensas, o la memoria...), que utilizan la expresión «contribuye al normal funcionamiento de» no vienen a decirnos nada en absoluto, ya que no lleva implícito en ningún momento una mejora del mecanismo que pretenden ayudar: ni a quemar grasas, ni fortalecer las defensas ni nada de nada. Además, los estudios que consiguen encontrar algún efecto modesto relacionado con la pérdida de peso constatan que se requiere unas dosis de la suplementación muy altas y continuadas en el tiempo, lo cual no es la forma habitual en que se pautan.[19] Es decir, la L-carnitina «funciona» (*spoiler:* no funciona) en aquellas personas que hacen deporte, por lo que es más lógico pensar que lo que funciona no es la L-carnitina. Como bien le explica Lisa a Homer, el hecho de que ella tenga una piedra no quiere decir que sea la causa de que no haya tigres en esa zona, igual que la patrulla anti-osos no es la causa de que no haya osos o que la L-carnitina no es la causa de la pérdida de peso. Aun así, Homer compra la piedra. Pues, aun así, la L-carnitina se vende.

Por último, para terminar con el símil de los trenes, que compremos más palas y las subamos al tren no quiere decir que esas palas lleguen todas al vagón donde se encuentran las estufas, ni que vayan a usarse en exclusiva para lo que nosotras queramos. Puede que se queden en lugares intermedios, donde hagan más falta, con lo que nunca podrán desarrollar la función para la que fueron introducidas en el tren. Del mismo modo, el hecho de introducir L-carnitina en nuestro cuerpo no nos asegura un aumento de los niveles intracelulares y mitocondriales de esta, que sería lo

que nos interesa.

Cabe decir una cosa importante si a alguna lectora se le ha pautado clínicamente el consumo de L-carnitina: es correcto usarla como medicamento en pacientes con déficit primario o secundario de carnitina[20] a causa de un problema cardiovascular o en pacientes sometidos a hemodiálisis, y en este caso su funcionamiento no es el que hemos explicado. Lo que en este apartado hemos detallado es su nula eficacia como «quemagrasas», ya que se vende como producto adelgazante cuando las evidencias de que lo sea son más bien escasas.

A modo de resumen, las ideas clave respecto al consumo de L-carnitina son las siguientes:

- La L-carnitina no ayuda a la pérdida de grasa de la población general. Es mejor buscar alternativas dietéticas y aumentar la actividad física.
- Los pocos estudios que han concluido con algún dato a favor del empleo de L-carnitina han sido aquellos cuyos sujetos de estudio aumentaban la actividad física de forma considerable y tomaban dosis de L-carnitina altas y continuadas en el tiempo. Aun así, los mismos estudios hablan de resultados «modestos».
- El uso de L-carnitina como medicamento (pautado y recetado por una médica) sí es efectivo y es necesario para aquellas personas que tengan un déficit primario o secundario de carnitina.

Suplementos vitamínicos

Hasta ahora la paciente se ha llevado de su farmacia diuréticos para la retención de líquidos y L-carnitina para quemar la grasa, y aun así los resultados no están siendo los esperados. Pero seguro que algo más se puede hacer, porque con la cantidad de productos que se ofrecen en las estanterías de la oficina de farmacia, alguno habrá que sirva. Quizá vaya siendo hora de aumentar la actividad física, ya que la paciente ha oído decir que la L-carnitina la utilizan las deportistas. Sin embargo, el día a día es duro —el trabajo, la conciliación familiar, los recados de última hora, la vida social...—, y claro, sacar tiempo para hacer ejercicio de forma regular no resulta fácil, sobre todo porque el tiempo libre que tiene prefiere dedicarlo a descansar, pues llega al final de la jornada sin energía. Tal vez esa sea la clave: ¿y si lo que pasa es que nos quedamos sin energía? A lo

mejor hay algún producto que pueda activarnos, y en la farmacia tienen la solución: eso va a ser falta de vitaminas.

A menudo se dice que una persona no tiene «energía», o que los suplementos de vitaminas aportan la «energía» necesaria para estar activo a lo largo del día. Técnicamente, la mayor parte de la energía se obtiene a través de la grasa y los hidratos de carbono, dos compuestos que a las personas con sobrepeso no les suele faltar. Por lo tanto, energía no falta, falta movilizar esta energía. ¿Y qué sensación es esta a la que se refieren las pacientes o la población común cuando dicen que «les falta energía»? Es probable que se trate de astenia o cansancio. Es decir, tras hacer las tareas diarias obligatorias, el cuerpo prefiere quedarse tranquilo y relajado en casa viendo una película que salir a pasear durante una hora o realizar cualquier actividad deportiva. Esta sensación es la que se pretende contrarrestar con los suplementos vitamínicos. Pero ¿sirven de algo? Creo que la respuesta no os sorprenderá.

Una famosa marca de suplementos vitamínicos se promociona directamente con la palabra «energía» (en inglés, que le da más seriedad), pero ya sabemos que las vitaminas no aportan energía. Lo sabemos desde que el sistema Atwater (tabla 1) nos dio unos números de conversión que cualquier dietista-nutricionista, técnica de dietética o profesional sanitaria conoce. Estos números nos dicen cuántas kilocalorías aporta un gramo de un macronutriente particular. Por ejemplo, 1 gramo de un hidrato de carbono aporta alrededor de 4 kilocalorías (no es exacto, pero redondearemos). Con ayuda de la tabla, podemos hacer un experimento matemático sencillo a partir de la información nutricional de cualquier alimento y aplicando los datos que indica la tabla. Es decir, multiplicamos los gramos de hidratos de carbono del alimento por 4, los de proteínas por 4 y los de grasas por 9. Sumamos los tres resultados y la cantidad obtenida debe coincidir o ser cercana a la de kilocalorías que indica la etiqueta de dicho alimento.

Sigamos adelante. Aquí queda bastante claro que las vitaminas no aportan energía por sí mismas, la energía la podemos extraer de esos michelines que siempre queremos movilizar pero que nunca desaparecen. Por lo tanto, energía no nos falta, acaso nos falta capacidad para movilizarla, y quizá ahí las vitaminas puedan decir algo.

Números de Atwater

Nutriente

Hidratos de carbono (azúcares)	4
Lípidos (grasas)	9
Proteínas	4
Fibra fermentable	2
Etanol (alcohol)	7

Tabla 1. Números de Atwater (de elaboración propia).

El reclamo que emplean estas marcas apela a las pacientes que experimentan sensación de astenia o cansancio en su día a día, lo cual es bastante común, ya que la percepción de la fatiga depende de múltiples factores y tiene una parte importante de subjetividad.[21] Todas nos sentimos cansadas en algún momento de la jornada, así que tu farmacéutica lo tiene fácil: te lanza la pregunta «¿Te sientes cansada a lo largo del día?», y si la respuesta es que sí, algo muy probable en cualquier persona de la sociedad en que vivimos, pues suplemento de vitaminas y a hacer caja.

Dicho esto, la relación que se establece entre las vitaminas y la fatiga se basa en la función que realizan ciertas vitaminas, algunas de las cuales son coenzimas de reacciones de oxidación de los macronutrientes, es decir, ayudan a obtener energía de hidratos y lípidos. Pero no todas, ya que cada una de las vitaminas desempeña un papel diferente en el organismo (tabla 2). Así que primero vamos a ver cómo se clasifican.

Por un lado, están las vitaminas hidrosolubles: se llaman así porque tienen afinidad por el agua y suelen estar presentes en la parte acuosa de sus fuentes alimentarias. Son vitaminas hidrosolubles todas las del grupo B (B_1, B_2, B_3, B_5, B_6, B_8, B_9 y B_{12}) y la vitamina C. Por otro lado, están las vitaminas liposolubles: son aquellas que tienen más afinidad por la grasa, y se encuentran disueltas en ella. Son las vitaminas A, E, K y D.

VITAMINA		FUNCIÓN	FUENTES
Liposolubles	A	Relación con los pigmentos visuales y la regulación genética.	Verduras y frutas amarillas y naranjas, yema de huevo, vísceras y grasa de la leche.
	D	Regulación del metabolismo óseo y del calcio.	Yema de huevo, pescados azules, leche. Necesaria la luz solar.
	E	Antioxidante.	Trigo integral, aceites vegetales y frutos secos.
	K	Coagulación sanguínea.	Verduras de hoja verde, huevos, hígado y salvado de trigo.
Hidrosolubles	C	Actúa en la síntesis del colágeno y carnitina.	Cítricos y frutas varias. Pimientos y verduras de hoja verde.
	B_1	Coenzima en el metabolismo de los hidratos de carbono.	Legumbres, cereales de grano entero y vísceras.
	B_2	Coenzima en el metabolismo de los lípidos y en el ciclo de Krebs.	Lácteos, verduras de hoja verde y cereales integrales.
	B_3	Coenzima en el metabolismo de varios nutrientes.	Pescado, carne y legumbres.
Hidrosolubles	B_5	Coenzima en el metabolismo de los ácidos grasos.	Ubicuo.
	B_6	Coenzima en el metabolismo de los aminoácidos.	Cerdo, salvado de trigo, huevo, avena y legumbres.
	B_8*	Coenzima que interviene en el metabolismo de varios macronutrientes.	Gran variedad de verduras, legumbres, carnes y vísceras.
	B_9	Ayuda a la formación de los glóbulos rojos e interviene en el metabolismo de aminoácidos y nucleótidos (reparación de ADN).	Verdura de hoja verde, legumbres, carnes y vísceras.
	B_{12}	Interviene en el metabolismo normal de todas las células del organismo.	Hígado y carnes y lácteos. (Único nutriente que requiere suplementación en vegetarianos y veganos).

Tabla 2. Elaboración propia a partir de datos extraídos de Krause

dietoterapia.[22](24)

Como hemos dicho, cada una de esas vitaminas tiene una función específica, y por ahora nos vamos a centrar en las que desempeñan un papel fundamental en la elaboración de energía, así como en aquellas cuyo déficit pueda ocasionar un síntoma de fatiga (que ya sabemos que es subjetivo, pero en ocasiones se debe a la carencia de alguna vitamina). Estas vitaminas son la mayor parte del grupo B, que intervienen en diferentes rutas metabólicas de los macronutrientes y su déficit puede causar, entre otras cosas, debilidad o fatiga. Es por estas funciones y por los síntomas que provoca su déficit por lo que pensamos que el consumo de complejos vitamínicos nos ayudará a movernos más, pues proporcionarán a nuestras reservas energéticas la herramienta necesaria para movilizarse. Las empresas lo saben y tratan de explotar esta idea para vender. Pero ¿esto es así? Veámoslo paso a paso.

El déficit de vitaminas del grupo B no es demasiado común en la población española, menos todavía el déficit de todas las vitaminas a la vez. Se debe a que por suerte o por desgracia tenemos acceso a gran variedad de alimentos que nos aportan las cantidades diarias recomendadas de vitaminas sin necesidad de recurrir a los suplementos de vitaminas de este grupo, porque, como podemos observar en la tabla anterior, las del grupo B son bastante ubicuas. Además, no se ha observado ningún beneficio atribuible a la suplementación con vitaminas.[23] Solo debemos tener en cuenta que la población vegetariana y vegana sí debe tomar suplementos de vitamina B_{12}, que es, en general, de procedencia animal.

En ocasiones, estos suplementos vitamínicos van acompañados de otras sustancias, por ejemplo, ginseng, al que se atribuyen multitud de propiedades relacionadas con la reducción de la fatiga, beneficios cardiovasculares y la capacidad de mejorar el sistema inmunológico. Incluso hay quien se atreve a decir que el ginseng es anticancerígeno. Sin embargo, el panel de expertos de la EFSA ya concluyó que no se puede afirmar legalmente que los complejos que contienen tanto vitaminas como minerales y están aderezados con un poquito de ginseng mejoren el metabolismo energético, pues no hay suficientes pruebas de que así sea,[24] y algún que otro estudio dedicado en exclusiva al ginseng va por el mismo camino, afirmando que la eficacia demostrada es modesta y de poca relevancia.[25] Por eso las estrategias de marketing siguen otra vía:

prescinden de las palabras que la ley no les permite decir, pero con la palabra *energy* consiguen hacer pensar a la consumidora que le ayuda a sentirse menos fatigada. Hecha la ley, hecha la trampa.

Volvamos a los complejos de vitaminas. Hasta el momento hemos hablado de la fatiga porque es el motivo por el que más se compran estos multivitamínicos en la farmacia, pero se les asignan otros beneficios, como la prevención del cáncer. Esto se debe a que a las vitaminas se les atribuyen, con algo de razón, propiedades antioxidantes. Y como es obvio, si son antioxidantes, tomar una dosis suplementaria de estas podría prevenir el estrés oxidativo y de modo indirecto el cáncer. Sin embargo, no es del todo así, ya que en 2022 un ensayo clínico doble ciego publicado en *The American Journal of Clinical Nutrition* mostró que no existía diferencia significativa en la reducción del cáncer entre aquellas personas a las que se administró un complejo multivitamínico y aquellas que recibieron un placebo.[26] Es decir, que esta suplementación tampoco sirve para la prevención del cáncer. Además, hablar de «prevención del cáncer» en general siempre es arriesgado, ya que existen muchos tipos de cáncer con diferentes mecanismos de acción.

¿Y qué hay de mantener la mente despejada? La gente mayor, o cualquier adulto, puede tener muchas cosas en la cabeza y empezar a perder memoria. Supuestamente, las vitaminas podrían ayudarles a conservar la capacidad cognitiva y la salud mental, que tan de moda está ahora, y de este modo evitarían problemas de demencia u otras alteraciones del sistema nervioso. Pues según un metaanálisis en el que participaron un total de 83.000 personas de 28 estudios diferentes, tampoco se detectó ninguna mejora en las personas que consumían suplementación de vitaminas o minerales.[27]

Hay otros estudios que investigan la relación de los multivitamínicos con patologías concretas, como la depresión,[28] o con la disminución del riesgo de mortalidad,[29] cuyos resultados son parecidos y no prueban la necesidad de consumir estos ingredientes. Tened en cuenta que en las sociedades desarrolladas es bastante poco frecuente la carencia de cierto grupo de vitaminas porque la alimentación está al alcance de la gran mayoría de la población. Y aquellas personas que no tienen los recursos necesarios para adquirir alimentos, es difícil que se planteen hacer un gasto para adquirir complejos multivitamínicos. Sin embargo, se dan casos concretos en los que sí puede haber un déficit de una vitamina en particular (no de todas ellas). Puede suceder, como hemos dicho, en

vegetarianas y veganas con la B_{12}, pero también en mujeres embarazadas con el ácido fólico o la vitamina B_9. Además, en España sí tenemos un problema de falta de una vitamina en particular: la vitamina D. Lo abordaremos unas poquitas líneas más adelante.

Hagamos ahora un pequeño resumen de este punto:

- La fatiga es subjetiva y puede aparecer por muchas causas diferentes. Atribuirla únicamente a la falta de vitaminas es muy aventurado.
- Los suplementos vitamínicos no han demostrado eficacia para mejorar la fatiga o la cognición, ni previenen el cáncer ni disminuyen el riesgo de mortalidad, ni mejoran el estado de depresión.
- Debemos tomar suplementos de vitaminas concretas en situaciones determinadas de la vida, como cuando se es vegetariana o vegana (B_{12}) o durante el embarazo (B_9).
- El resto de las suplementaciones deberán ser pautadas por una facultativa.

Vitamina D

Con respecto a la vitamina D y la vitamina C nos apartamos un poco del tema del adelgazamiento mediante productos cuya eficacia es nula, pero debido a que estábamos hablando de vitaminas no podíamos dejar de hablar de dos tipos de suplementación que a menudo resultan innecesarios.

En España se da el caso extremadamente particular de que la población general tiene déficit de vitamina D. Es un caso particular porque estamos en uno de los países donde más exposición solar puede tener la población, pero los hábitos cada vez más caseros y el hecho de tener una piel un poco más morena que en otros países europeos pueden dificultar la formación de la vitamina. De hecho, un estudio[30] publicado en 2021 en la comunidad autónoma de La Rioja señala que en las personas que acuden a atención primaria la hipovitaminosis es «muy prevalente», y podemos pensar que en otras comunidades de España suceda algo parecido.

La vitamina D puede presentar diferentes formas moleculares, que son las siguientes:

- **7-deshidrocolesterol**: presente en alimentos de origen animal, como aceites de pescado, pescados azules, huevo o hígado. Esta molécula se

transforma por irradiación solar en colecalciferol.

- **Ergosterol**: obtenido a través de algunos alimentos de origen vegetal, como las setas. Esta molécula se transforma en ergocalciferol.
- **25-hidroxicolecalciferol**: se genera en el hígado a partir del ergocalciferol y el colecalciferol. Es la molécula que se detecta en los análisis de sangre.
- **Calcitriol**: es la forma activa, y se produce en el riñón a partir del 25-hidroxicolecalciferol.

La última forma, también llamada 1,25-dihidroxivitamina D, es la que nuestro cuerpo utiliza para desarrollar diferentes funciones, entre las que se encuentra la diferenciación y crecimiento celular o la regulación del metabolismo del calcio y el fósforo. Es por esta última función por lo que asociamos al momento su déficit a problemas con los huesos, que puede dar raquitismo en niñas y osteomalacia u osteoporosis en adultas.

Esta relación es interesante, ya que casi todas las mujeres adultas que sufren fractura de cadera tienen niveles bajos de 25-hidroxivitamina D en la sangre,[31] por lo que podríamos pensar que convendría administrar suplementos a las personas más propensas a la fractura de cadera, con la finalidad de minimizar el riesgo de mortalidad. Pero la realidad no es esa, y la suplementación con vitamina D no ayuda a la prevención de las fracturas de cadera en la edad adulta[32] ni tampoco ayuda a que el hueso sea más fuerte, a aumentar lo que llamamos «densidad ósea».[33][34] Además, el exceso de esta vitamina puede generar ciertos problemas renales y síntomas gastrointestinales.

¿Y por qué, si se observa un déficit de 25-hidroxicolecalciferol (la molécula que tras una última transformación acabará siendo la vitamina D activa) en la sangre, no funciona la administración de suplementos? Una de las posibles razones es que la forma activa de nuestra vitamina D, la que en realidad hace las funciones y el trabajo es el calcitriol, que no es la que encontramos en la sangre. Por lo tanto, existe la posibilidad de que la maduración producida en el riñón no se realice de forma correcta, de tal manera que aumentar los niveles de 25-hidroxicolecalciferol en la sangre no mejore los problemas de osteoporosis o densidad ósea.

La suplementación de vitamina D se ha estudiado no solo en relación con la densidad ósea y a las fracturas. También se ha buscado si existe alguna relación directa con la mortalidad por distintas causas, como cáncer, enfermedad cardiaca o covid-19, entre otras. Los resultados reflejan

que no hay pruebas suficientes para concluir que la suplementación con vitamina D ayuda a prevenir alguna de estas situaciones que pueden llevar a la muerte.[35]

¿Y por qué se vende? Además de por el mercantilismo que rige a las farmacias y al modelo farmacéutico y a la industria en general, cuyo objetivo principal es ganar dinero (recordemos que son empresas privadas y el fin, totalmente legítimo, de cualquier empresa es maximizar los beneficios), porque en determinados casos una suplementación con vitamina D puede mejorar a la paciente, como sucede en las mujeres embarazadas para evitar el riesgo de preeclampsia o reducir la mortalidad infantil.[36] De hecho, las preparaciones indicadas en estos casos suelen ser medicamentos sujetos a prescripción médica, pero cada vez hay más preparados a base de vitamina D que se venden sin receta.

En conclusión, no tenemos todavía suficiente evidencia que haga pensar que los suplementos de vitamina D funcionan para los objetivos que buscamos en la población general, con lo cual no deberían administrarse a la ligera, aunque puedan ser una herramienta necesaria en España. El consumo de este tipo de suplementos debería estar controlado o pautado por una médica y contar con una justificación suficiente, y ya hemos visto que existen pocos casos en los que sea preciso pautar dicha suplementación.

Así, por lo general, lo más aconsejable para evitar caer en un déficit de vitamina D es exponer cara y manos al sol durante al menos 10 minutos al día (sin aplicación de protector solar). En caso de que la exposición solar sea imposible de realizar, sí conviene comentar con la facultativa la opción de la suplementación.

Vitamina C

Cuando hablamos de la vitamina C y lo que puede prevenir o curar, nos vienen directamente a la mente los resfriados y la época invernal. Y es que está muy difundida la idea de que debemos comer naranjas, kiwis o alimentos ricos en vitamina C cuando comienzan los primeros resfriados o cuando ya estamos pasando por uno. No seremos nosotros quienes nos opongamos a una recomendación alimentaria que pide el consumo de fruta, pero ante el uso de este argumento para vender vitamina C no podemos decir lo mismo. Fruta sí, suplementos absurdos no.

Por una parte, en España tenemos alimentos ricos en vitamina C al alcance de la mano y mucho más económicos que un preparado para que se vaya a buscar la suplementación de esta vitamina. Además, los alimentos ricos en vitamina C resulta que son bastante saludables, y como ejemplo tenemos la naranja y el kiwi. Según la Base de Datos Española de Composición de los Alimentos,(25) en una naranja de 200 gramos podemos encontrar hasta 100 miligramos de vitamina C, mientras que un kiwi de 100 gramos (suelen ser más pequeños) contiene unos 59 miligramos de dicha vitamina. Pero no solo encontramos vitamina C en estas dos frutas, puesto que fresas, pimientos, coles de Bruselas, col lombarda, coliflor, repollo, brócoli o mango son también fuentes de esta molécula. Con una o dos raciones de fruta se alcanza fácilmente la ingesta diaria recomendada de vitamina C, que, como muchísimo, se sitúa en torno a 120 miligramos al día. Bien es verdad que aquellos alimentos que acostumbramos a consumir cocinados corren el riesgo de perder parte de la vitamina C en el proceso de cocción, por ello conviene tomar frutas y verduras crudas cada día. Siguiendo estas recomendaciones no hace falta tomar suplementos de vitamina C porque se cubren de sobra las necesidades diarias.

Aun así, existen productos y preparados con vitamina C, por si acaso. Ya hemos visto que son innecesarios, como la mayoría de los suplementos de vitaminas, a lo cual se añade que la ayuda ante el resfriado común no es tan evidente como se piensa. De hecho, está más bien lejos de ser evidente.

En 2013 salió a la luz un estudio bastante citado de Hemilä y Chalker[37] acerca de cómo afecta la suplementación con vitamina C en la prevención del resfriado común que demostró que no existe ningún motivo para pensar que estos dos parámetros vayan relacionados. Más adelante, en 2016, se realizó una revisión de estudios[38] que llegó a la misma conclusión. Cabe decir que ambas investigaciones dejan la puerta entreabierta al consumo de vitamina C para el tratamiento de la afección, es decir, cuando ya estamos resfriadas, argumentando que existe poco riesgo en dicho consumo. Vamos, que tampoco pasa nada si las tomas. Un recordatorio: esta vitamina es hidrosoluble, por lo que nuestro cuerpo la excreta con relativa facilidad por la orina y, al no acumularse, no genera la toxicidad que pueden generar las vitaminas liposolubles. Por esto se dice que la suplementación no es peligrosa, aunque algún estudio ha sugerido la posibilidad de que contribuya a la formación de cristales de oxalato cálcico.[39] De todas formas, los estudios consultados al respecto del tratamiento del resfriado con vitamina C tampoco dicen que ayude

demasiado[40] y dejan más dudas que certezas. La única certeza es que esta suplementación es inútil y cara.

Sin embargo, la cuestión no termina aquí, pues hay algún problemilla. Seguro que muchas de vosotras tenéis cierta preocupación porque vuestras hijas no comen la fruta que consideramos necesaria y os preguntáis si estarán tomando la cantidad suficiente de este micronutriente. Que luego enferman en invierno y es un problema. Y en la farmacia eso lo tienen en cuenta, por eso venden caramelos de vitamina C para niñas, cuyo alto contenido en azúcar es perjudicial. En resumen: si estos caramelos se venden en la farmacia, ¿cómo no van a ser saludables? Pues no lo son. Aunque se vendan como sanos y en farmacias, siguen siendo caramelos.

Para terminar con este punto y con las vitaminas en general, repetiremos que la ingesta de las cantidades diarias recomendadas de vitaminas es fácilmente alcanzable a través de la dieta, exceptuando los casos ya comentados, por lo que por lo regular no es preciso la suplementación con complejos vitamínicos de ningún tipo. De requerirse la adición en la dieta de una vitamina concreta, deberá ser pautada por la facultativa correspondiente, como, recordamos, puede ocurrirles a las personas que siguen una dieta vegetariana o vegana, que deben recibir un aporte en forma de suplemento de vitamina B_{12}, o a las mujeres embarazadas, que deben tomar ácido fólico.

Por lo tanto, es mejor obtener las vitaminas mediante el consumo de alimentos que gastar sin necesidad un dinero que se puede ahorrar o dedicar a otras cosas en suplementos que no sirven de nada, por mucho que los recomiende una persona con bata tras un mostrador. Insistimos: frutas y verduras sí, suplementos no.

3

El modelo farmacéutico en España

Para que se entienda la razón de ser de libros como este hemos de explicar cómo funciona el modelo y la ordenación farmacéutica en España.

Las oficinas de farmacia en la actualidad son el único eslabón de la cadena asistencial primaria que están totalmente en manos de capital privado por ser «establecimientos sanitarios privados de interés público», según lo especificado en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios en las Oficinas de Farmacia. Es decir, todas las oficinas de farmacia son empresas que —porque están en su derecho— quieren sacar rentabilidad económica de su actividad, y a las que todas nosotras vamos a tener que acudir en algún momento de nuestra vida a retirar medicación para tratar cualquier problema de salud. No contamos con la posibilidad de adquirir la medicación en otro lugar ni de que nos la dé una farmacéutica en el mismo centro de atención primaria al que hemos acudido para una consulta médica. Solo se dispensa medicación en una farmacia pública a los pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria, y solo para unas determinadas patologías, así como en la farmacia militar. De este modo, para retirar la medicación en condiciones normales, la que solemos necesitar en la mayoría de las situaciones cotidianas, esté o no subvencionada por el Sistema Nacional de Salud, tenemos que acudir a una empresa privada.

Entonces, puesto que en España hay libre mercado, cualquiera podría abrir una farmacia si quisiera, ¿no? Pues no.

En el Estado español y de acuerdo con la ley mencionada antes es condición indispensable ser graduada en farmacia para poder ser titular de una oficina de farmacia, y cada farmacéutica únicamente puede ser propietaria de una farmacia. Además, la ordenación territorial para el establecimiento de oficinas de farmacia fija como carácter general un módulo de población de 2.800 habitantes por establecimiento y una separación de 250 metros entre farmacias, aunque estas condiciones pueden variar en función de la ordenación farmacéutica de cada

comunidad autónoma.

Vale, ya tengo mi título de graduada en farmacia y quiero montar mi propia farmacia. ¿Qué necesito? En primer lugar, mucho dinero.

Como acabamos de decir, las farmacias en España están sujetas a un *numerus clausus*, es decir, se limita el número de establecimientos en función de los habitantes. Este número varía según las disposiciones de la ordenación farmacéutica de cada comunidad, pero de media existe una oficina de farmacia por cada 2.000 habitantes más o menos.(26) De hecho, según datos del portal *Statista*, en 2019 había una farmacia por cada 2.128 habitantes,(27) y un estudio de la patronal de oficinas de farmacia FEFE nos situaba en 2017 como el primer país de la OCDE con un mayor número de farmacias por 100.000 habitantes,(28) exactamente 47,3 farmacias. Como es lógico, esta situación, como declara la patronal, influye «de modo notable en el desarrollo económico de las farmacias. Las comunidades autónomas que están modificando sus leyes de ordenación farmacéutica deberían tener muy presente esta situación para no empeorar la supervivencia de las farmacias en España». Así, «estos datos animan a contener la apertura de nuevas farmacias». En resumen, que si se abren más oficinas de farmacia, las porciones del pastel de clientas a repartir son más pequeñas. Luego vemos que esta gente defiende el libre mercado en otros ámbitos, y esto nos cabrea.

Pues bueno, si los núcleos poblacionales crecieran por encima de este *numerus clausus*, se podría abrir una nueva farmacia, y cualquiera con un título de graduada en farmacia podría ser candidata a tener una farmacia en propiedad, pero no se espera que el ritmo de oferta de farmacias de nueva apertura sea muy rápido, y para muestra un botón: en Valencia desde 2014 no se ha abierto ningún expediente para autorizar la apertura de nuevas oficinas de farmacia, y en el recientemente publicado en el *DOGV*,(29) en enero de 2022, solo se autoriza la apertura de cinco farmacias.

Entonces, puesto que no se necesitan farmacias de nueva apertura, solo puedes conseguir la tuya comprando la licencia de una farmacia ya abierta, y esto supone cientos de miles de euros, algunas veces millones de euros. De hecho, durante la redacción de estas líneas, una gestoría que se dedica a la compraventa de farmacias nos envió por correo electrónico la oferta de una farmacia en venta en Zaragoza por 1.280.000 euros, más las existencias. Lo sentimos, no llevamos suelto.

Este tipo de transacciones son prácticamente impensables para

cualquier farmacéutica de clase humilde, salvo adquiriendo una deuda que pagarán hasta tres generaciones venideras y que tenga un importante apoyo económico detrás como aval, pero sí son accesibles para farmacéuticas con tradición en la familia, ya que el poder adquisitivo de esta clase social está, por lo general, bastante por encima de la media española. Además, las licencias administrativas se heredan, una anomalía bastante llamativa. No es como en el caso de un panadero que lega a la descendencia su local, su horno y sus aparejos, sino que de las oficinas de farmacia se hereda, aparte del local (si es de propiedad), los materiales o los muebles, la licencia que permite seguir manteniendo la actividad a pesar de que los beneficiarios de la herencia no hayan pasado ningún examen ni oposición. Recordemos que la apertura de nuevas farmacias está sujeta a regulación y se oferta públicamente mediante un sistema de concurso-oposición, de modo que la herencia se salta sin rodeos la fase opositora. Es decir, se hereda lo importante: la licencia administrativa.

Así que no es raro ver a clanes familiares —hijas, nietas y hermanas— en posesión de varias oficinas de farmacia, sea por herencias sea mediante compra, como explica este artículo sobre la vida de una farmacéutica de ochenta y dos años: «Pero, finalmente, en el año 2000, con sesenta y dos años, dejó la farmacia de Chinchilla en manos de su hija Lola y regresó a Madrid, ya que conseguía, por méritos, una nueva farmacia».(30) Este hecho, sumado a la escasez de la oferta de farmacias de nueva apertura y el altísimo coste de la compra de licencias, hace que estemos hablando de un sistema gremial bastante cerrado. Lo dicho no es ni una crítica ni un halago, sino solo la descripción del panorama.

En definitiva, existen tres vías para obtener una licencia de oficina de farmacia: mediante oposición para acceder a una de las contadísimas licencias de nueva apertura, a través de la compra o por herencia. Quien herede una farmacia, tras pagar los gastos e impuestos correspondientes, se encontrará en posesión de un establecimiento operativo y funcionando, pero tanto la nueva apertura como la compra de la licencia implican un gran desembolso de dinero, bien para acondicionar un local desde cero y adquirir material y medicamentos, bien para pagar las ingentes sumas que se piden por dicha licencia, y es lógico y normal querer recuperar el dinero invertido. Luego hay que vivir, pagar a empleadas, saldar impuestos, vamos, lo típico en cualquier negocio, y como también es normal en cualquier negocio, para ello se busca la obtención de beneficios.

Así pues, nos encontramos con establecimientos privados sujetos a una

legislación especial que limita su apertura, cuyas licencias valen un dineral y, por qué no decirlo, son objeto de especulación y siguen la lógica de cualquier empresa privada, que es maximizar cuanto se pueda los beneficios. El problema, y aquí viene la parte que no nos gusta nada, es que relacionan la salud de las pacientes con el beneficio empresarial, lo cual da lugar a prácticas como las que hemos visto en el capítulo 2, a vender, aprovechando la imagen de seriedad que da una bata blanca de sanitaria, cualquier producto inservible, como el colágeno, la cúrcuma o muchos productos de cosmética, que vamos a ver a continuación.

El maravilloso mundo de la cosmética

> Llamamos bello a aquello que es elogiado por el periódico y que produce mucho dinero.
>
> HENRY BEYLE (Stendhal)

Cuando éramos pequeños veíamos anuncios de detergentes para lavar la ropa que decían que «era imposible lavar más blanco». Más de treinta años después, las mismas u otras marcas de detergente continúan prometiendo blancura sin parangón. Diferentes formulaciones, productos innovadores, oxígenos activos, preparados con fases separadas..., todo para seguir diciendo lo mismo que en 1990.

Con la dermocosmética pasa un poco igual, aunque de manera más sofisticada. Cada año las distintas marcas de cremas presentan novedades, pues seguro que por cuestión del mercado necesitan lanzar productos novedosos que mantendrán nuestro cutis perfecto. Cremas con baba de caracol, extracto de meteorito, células madre de manzana... ¡Las han sacado hasta que te protegen del wifi!

Se busca farmacéutico

Ibiza, Islas Baleares
03 abril 2022

Buscamos farmacéutico/a para jornada completa todo el año.

Persona dinámica y con ganas de aprender. Farmacia con muy buen ambiente.

Especialidades que se valorarán:
-Atención farmacéutica
- Cosmética
- Marketing

Además, en el mercado de la dermocosmética se da un fenómeno económico curioso. Por lo general, cuando un producto se vende a un mejor precio, tiene mayor demanda, siguiendo la lógica de la economía de mercado. En cambio, en dermocosmética a menudo se da el efecto contrario. Cuanto más caro, mejor. Una crema cara por fuerza ha de hidratar más y rejuvenecerte hasta que tu piel parezca la de cuando tenías dieciocho años. Y es evidente que esto no es así. En un artículo publicado en *El País,* el 24 de octubre de 2018,(31) varias dermatólogas señalan que estos productos innovadores casi nunca proporcionan un tratamiento más efectivo y que el hecho de que una crema cueste más dinero no la hace mejor. Frases como «gastar más de 30 euros en cosmética es tirar el dinero» o «los productos antienvejecimiento de hoy tienen algo en común con los de hace veinte años, su mínima eficacia» condensan el contenido del artículo, pero os recomendamos leerlo entero.

Esto no quiere decir que la dermocosmética no presente componentes activos. No es así. De hecho, hay cremas y formulaciones dermatológicas que se utilizan para tratar determinadas patologías de la piel, como atopías, manchas, etcétera. Pero, como se explica en el artículo, pocas veces se usan por recomendación de expertos y especialistas, y esto puede suponer un problema. Sin ir más lejos, en el plan de estudios del grado de farmacia de la Universitat de València, al margen de la formulación de cremas y emulsiones que se da en la asignatura de tecnología farmacéutica, la dermofarmacia es una asignatura optativa de 45 horas de duración.(32) Es decir, salvo que hayamos recibido una buena formación complementaria en cosmética, que suelen ofrecer las mismas empresas que comercializan los productos de venta en farmacias, lo que crea un evidente conflicto de intereses entre formación y venta, las farmacéuticas no somos expertas en dermatología. Lo sentimos, pero es así. Porque saberte el catálogo de una marca cualquiera y repetir la santísima trinidad (ilumina, hidrata y

reafirma) sobre la crema que quieres vender no te hace una experta. Y puesto que los productos contienen principios activos, debido al mal asesoramiento estos pueden generar complicaciones en vez de aportar soluciones, como los alfa-hidroxiácidos usados para exfoliar pieles atópicas o extremadamente sensibles, o las cremas con retinol durante el embarazo.

Rogamos nos perdonen las compañeras farmacéuticas que sí se han formado, y mucho, en patologías de la piel, pero ellas saben igual que nosotros que no son lo que acostumbras encontrar en cualquier farmacia escogida al azar.

La maravilla que sueles hallar son esos productos increíbles, milagrosos e innovadores que año tras año inundan los escaparates de las farmacias, parafarmacias y perfumerías, y que es literalmente imposible que cumplan lo que prometen: reparar el ADN, devolverte a los dieciocho años (ojalá), eliminar la celulitis, reducir dos tallas de cintura por la noche...

La crema que reparaba el ADN

> —¿No habría forma de modificar mi ADN como, por ejemplo, sentándome en el microondas?
>
> —Según las películas que yo he visto, me temo que no.
>
> *Los Simpson*, temporada 9,
> capítulo 17, «Lisa, la Simpson»

Entre la infinidad de productos que se ofrecen en la farmacia es posible que haya algunos cuya composición hará dudar a cualquier titulada sanitaria, que, sin embargo, con un poco de investigación enseguida se dará cuenta de que las funciones que asegura desempeñar el producto no se cumplen en realidad. Por ejemplo, los suplementos vitamínicos pueden parecer útiles, ya que sí existe la relación fisiológica entre su molécula y el papel que desempeña. Es decir, se basan en una hipótesis lógica, aunque en la práctica no se corrobora.

Pero las afirmaciones con las que se presentan algunos de los productos deberían hacer explotar la cabeza o ponerse de uñas a cualquier persona titulada en una carrera de ciencias de la salud, por los conocimientos científicos que se presupone que tiene. Y en la sección de cosmética vemos

varios ejemplos de este tipo de afirmaciones. Aun así, se pasan por alto porque lo prioritario es vender el producto en favor de la economía del establecimiento, y la cosmética genera mucho dinero en una farmacia.(33) Y una crema que se vende en la farmacia aparece rodeada de una especie de halo de fiabilidad, aunque puedas encontrar otra crema de composición similar en cualquier supermercado. Con todo, no hablaremos de las cremas en general, sino de algunas en particular que dicen hacer maravillas.

Una conocida crema solar de una marca importante en este sector (seguimos sin querer hacer publicidad de nadie) afirmaba en su etiqueta, agárrense que vienen curvas, que reparaba el ADN. Esta afirmación es decididamente muy optimista por lo que vamos a ver a continuación, para lo que empezaremos dando una simplificada explicación de lo que es el ADN y de qué mecanismos tiene para repararse.

El nombre ADN son las siglas del ácido desoxirribonucleico, DNA en inglés. Principalmente, el ADN está formado por tres tipos de moléculas: un monosacárido llamado desoxirribosa, un grupo fosfato y una base nitrogenada, de la que tenemos cuatro tipos diferentes: adenina, guanina, citosina y timina. Digo principalmente porque el ADN tiene ligadas algunas proteínas más, que no vienen al caso. La unión de muchas bases nitrogenadas, cada una con una desoxirribosa y un fosfato, crea una cadena de ADN, y como nuestro ADN es bicatenario, formado por dos cadenas, acostumbramos a hablar de «pares de bases», de las cuales cada célula humana tiene cerca de tres mil millones. Esta ingente cantidad de bases se puede dividir en secciones o secuencias concretas, y muchas de ellas pueden dar una proteína útil para la célula. Una secuencia de bases capaz de sintetizar una proteína es lo que se conoce como «gen». Todas las células de nuestro organismo tienen la misma cadena de ADN, pero lo que hace que la célula del hígado sea diferente de la célula de la sangre es que cada una va a utilizar partes diferentes de la cadena, es decir, genes distintos que sintetizarán cada tipo de proteínas. Las dos cadenas se pliegan mucho, muchísimo, y se forman los cromosomas, que contienen la información genética, esto es, el libro de instrucciones de la célula.

Puesto que esta explicación tal vez resulte engorrosa, imaginemos una escalera de mano como las de las bomberas (la doble cadena de ADN), con tres mil millones de peldaños. Es una escalera hecha con dos piezas muy largas pero relativamente independientes una de la otra, hasta tal punto que se pueden separar: son los pasamanos o largueros, que corresponderían a las dos cadenas de ADN, el izquierdo y el derecho. Cada pasamanos

aporta medio escalón (la base nitrogenada), que se une con el medio escalón correspondiente del otro lado. Si habéis conseguido visualizar esta imagen del ADN como escalera, sigamos.

Existen cuatro clases de medios peldaños diferentes —A, G, T y C—, que formarían a lo largo del pasamanos 3.000 millones de pares de A, G, T y C combinados de todas las formas imaginables. Cada tramo (gen) de medios peldaños (por ejemplo, los cien primeros) tendrá una expresión final distinta. Así pues, los cien primeros peldaños nos darán una pieza de trabajo concreta y particular como, por ejemplo, la proteína hemoglobina; los siguientes 130, otra pieza de trabajo diferente como, por ejemplo, el colágeno, y así sucesivamente. En resumen, el ADN es el libro de instrucciones que utilizamos para montar las proteínas que necesitamos.

En resumen, dependiendo de la ubicación de la escalera, se utilizan unos tramos u otros, porque no necesitamos las mismas piezas en un edificio (célula) que en otro. No hacen lo mismo las células del corazón que las de la piel, aunque tengan la misma información genética. Así que utilizamos unos peldaños u otros dependiendo del edificio donde estemos.

Esta comparación rocambolesca es imperfecta, pero si sirve para entender la estructura del ADN, nos puede resultar bastante útil para el resto de la explicación.

Cada vez que una célula se divide para dar dos células hijas, el ADN genera copias idénticas de sí mismo (una copia para cada célula). Este fenómeno se conoce como «replicación», y es muy complejo. Los errores en esta fase de duplicación del ADN se llaman «mutaciones», de las que existen muchísimos tipos, desde mutaciones que no tienen absolutamente ninguna consecuencia porque afectan a partes del ADN que no sintetizan genes o porque la proteína final sigue siendo igual, hasta las más graves, que pueden hacer inviable la vida de la célula. El efecto de las mutaciones dependerá de si el cambio de un peldaño por otro altera mucho la escalera y su tramo o no. Lo que nos interesa en este caso es que los problemas en el ADN suelen aparecer en la replicación, y que para corregirlos la célula tiene complejísimos sistemas propios, así que cuando una célula siente que su ADN puede estar comprometido, activa diferentes proteínas para poner en marcha estos sistemas.[41] En algunos de ellos entran en acción dos enzimas concretas, la fotoliasa y la endonucleasa, enzimas que se añaden a la crema para decir que repara el ADN.

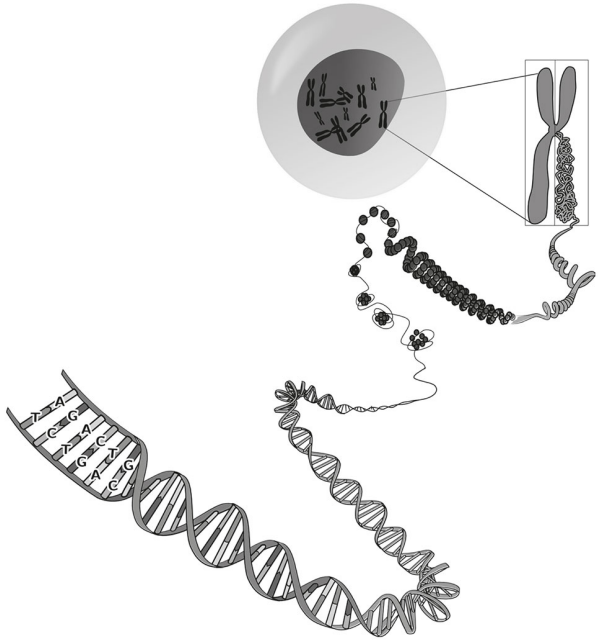


Imagen 2. Plegamiento de ADN. Las letras corresponden a las bases nitrogenadas adenina, guanina, citosina y timina. La estructura final es un cromosoma. Fuente: Pixabay *(Creative Commons)*.

Esta crema que se vende en ciertas farmacias es en realidad un protector solar que asegura reparar el ADN. Los protectores solares protegen de la radiación UVA y UVB, que puede dañar el ADN de las células, provocando ciertas mutaciones que en ocasiones derivan en cánceres de piel o melanomas. Sin embargo, «reparar» se refiere a arreglar un daño ya hecho en el ADN, lo cual es bastante más complicado. Las cremas que anuncian ser reparadoras de ADN tienen en su composición fotoliasa y endonucleasa, las dos enzimas que el cuerpo humano emplea para reparar el ADN en caso de problemas en la replicación. ¿Es eficaz utilizarlas en una crema? Varios estudios defienden la acción de estas cremas en la mejora de la queratosis actínica, aunque la mayor parte de ellos son precavidos cuando extraen conclusiones.[42] Aunque siguen una línea de investigación interesante, lo cierto es que los estudios realizados hasta el momento son insuficientes y los resultados del uso de la crema se pueden deber al efecto protector e hidratante que tienen de por sí la mayoría de las cremas.[43]

De hecho, existe una revisión sistemática,[44] publicada en 2019, de varios estudios sobre la prevención y el tratamiento de la queratosis actínica en la que al parecer se constata una cierta mejora tanto en la prevención como en el tratamiento de esta afección, a pesar de que dicha revisión tiene algunos peros. El primero es el número de pacientes (228), que son poquitos para un estudio y muy pocos para una revisión, que consiste en el análisis de varios estudios en conjunto. El mayor inconveniente, sin embargo, es que dicha revisión está promocionada por unos importantes laboratorios que comercializan una marca muy conocida en el mercado de la dermocosmética y cuya crema (nada de publicidad) contiene enzimas fotoliasas además de factores de protección solar. Cabe decir que en la mayoría de los estudios examinados en la revisión se considera la actividad de la fotoliasa en cuanto que reparadora de ADN una interesante apuesta de futuro, y poco más. A esto se le añade que uno de los que aprecian[45] la posible actividad reparadora se hizo con un número de pacientes limitado (n = 30) y también está patrocinado por el mismo laboratorio farmacéutico. También, en él se dice: «Reconocemos el bajo número de pacientes como una de las limitaciones del estudio, particularmente para los pacientes que reciben el protector solar como grupo control», así que es difícil saber si la mejora se debe a la fotoliasa o solo al efecto de la crema de protección solar.

Para terminar, queremos dejar constancia de que las últimas recomendaciones[46] para el tratamiento de la queratosis actínica no mencionan en ningún momento la fotoliasa como tratamiento probado. Sí la protección solar o fármacos como el imiquimod. Eso es todo.

Así, la reparación del ADN es un proceso complicado que requiere la acción de muchas moléculas. No es tan fácil como poner algunas en una crema y chimpún. No es lo mismo prevenir que curar. Y tampoco lo es proteger de las radiaciones que reparar el ADN.

Dermocosmética que te protege del wifi

Para nosotros, el súmmum de la estupidez y la inutilidad en cuestión de cosmética es la crema protectora de luz azul y radiación electromagnética. En este caso, el marketing te lleva a comprar productos que te defienden de algo que no te está atacando: unas radiaciones que a continuación veremos qué son, a pesar de que la física no sea nuestro fuerte.

Existen diferentes tipos de radiaciones, pero para facilitar el desarrollo de esta explicación hablaremos de tres: la luz visible, la radiación ultravioleta y la radiación infrarroja. Se clasifican en función de la longitud de onda. La luz visible es aquella que el ojo humano puede observar, y tiene una longitud de onda de entre 380 y 750 nanómetros. Las frecuencias cercanas a 380 nanómetros corresponden al color violeta, por lo que todas aquellas radiaciones que estén por debajo de esta frecuencia se consideran «ultravioleta». Por el otro lado, la frecuencia de 750 nanómetros corresponde al color rojo, y las radiaciones que están por encima se consideran «infrarrojos». Los infrarrojos se utilizan en ciertos dispositivos, como el mando del televisor. Por cierto, como experimento casero podéis observar la luz infrarroja que emite el mando a distancia del televisor mientras pulsáis el botón y observáis a través de la cámara del teléfono móvil.

La luz azul se ha puesto de moda, ya que es una de las radiaciones emitidas por LED y pantallas de tabletas o móviles. Se emplea como medida terapéutica para el tratamiento del acné, aunque plantea dudas y controversia sobre su rentabilidad y eficacia.[47] No obstante, existen cremas que, por lo contrario, se promocionan como protectoras de esta luz azul. ¿Y qué se supone que nos causa la luz azul? Algunos estudios sugieren que la exposición a la luz azul aumenta el estrés oxidativo y, en consecuencia, el envejecimiento prematuro.[48] Sin embargo, parece ser que los efectos en la piel y su envejecimiento no vienen dados solo por el espectro de luz ubicado entre los 400 y 500 nanómetros aproximadamente (los correspondientes a luz azul), sino que toda la luz visible puede afectar a la piel, como se extrae del estudio publicado en la revista *Photodermatology, Photoinmunology and Photomedicine*, en el cual no solo se estudian los efectos de la luz azul, sino también los que provocan todas las demás luces del espectro de luz visible, y que termina diciendo que es necesario realizar más estudios en esta línea para sacar una conclusión sólida al respecto.[49] En definitiva, los estudios de los problemas que causa la luz azul son insuficientes, y, además, la luz azul no sería el único tipo de luz que puede causar el llamado fotoenvejecimiento.

Por si esto no fuera suficiente, la Comisión Internacional de la Iluminación (CIE) se posicionaba sobre la exposición de la luz azul afirmando que esta no supone ningún riesgo para la piel,[50] reforzando lo que en 2018 dijo la Comisión Europea y su Comité Científico de Salud, Medio Ambiente y Riesgos Emergentes (SCHEER): «No hay evidencia de

que exista un riesgo directo con el uso normal y en población sana».[51] Viniendo al territorio nacional, en 2019 se celebró el 49.º Congreso de la Academia Española de Dermatología y Venereología, en el que se apuntó de forma explícita que «las cremas fotoprotectoras no protegen de la luz azul». Otra cuestión diferente sería el efecto de la luz azul en la melatonina, los ritmos circadianos y el sueño, ya que se asocia el uso de dispositivos electrónicos a los problemas para dormir,[52] pero no concierne a estos productos, por la simple razón de que no solemos echarnos crema en los ojos para protegernos de este tipo de ondas.

Por lo tanto, en cuanto a la luz azul no tenemos mucho más de qué preocuparnos. Aun así, la crema de la que hablamos iba mucho más allá. No solo nos protegía de la malvada luz azul, sino que también nos protegía de... ¡la radiación electromagnética! No diréis que no merece la pena comprar dicha crema, con semejantes superpoderes.

¿Y qué es la radiación electromagnética (REM)? Según la definición que se da en el libro de Gandía y Melià,[53] la REM es «una forma de energía consistente en campos electromagnéticos, que se propagan mediante ondas», como las ondas de luz visible. Además, también son REM la radiación ultravioleta, los rayos X y los rayos gamma como radiaciones ionizantes, y, por el otro lado de la luz visible, los infrarrojos, las microondas o las ondas de radio, las cuales son no ionizantes. Pero, hablando claro, el miedo que se ha inoculado a parte de la población no lo causa toda la radiación electromagnética, sino dos tipos de onda: las ondas de telefonía móvil (ahora con el 5G) y las ondas *wireless fidelity*, conocidas como «wifi». Para romper esta serie de tecnicismos, recordemos que Chuck McGill, personaje interpretado por Michael McKeane en la serie *Better call Saul*, padece una supuesta sensibilidad a las REM y que, una vez acude al hospital, la doctora demuestra con inteligencia y eficacia que el problema no es físico, sino psicológico. Para no alargarnos más de la cuenta, solo diremos que no hay nada que temer por llevar el teléfono móvil continuamente emitiendo ondas (excepto si lo cogéis mientras conducís, entonces sí puede aumentar el riesgo de mortalidad, propia y ajena) o por tener en casa dispositivos emitiendo y recibiendo señales de wifi para facilitarnos el acceso a la información.[54] Hoy en día, salvo que se realicen estudios que digan lo contrario, no deberíamos preocuparnos por este tipo de ondas, salvo por la radiación ultravioleta, que sí se ha demostrado que tiene relación con el cáncer de piel. Por lo tanto, no es para nada necesario comprar una crema para protegernos de algo que no nos está atacando.

Así pues, si en tu farmacia o en cualquier otro sitio alguien os ofrece una crema que previene los efectos de la luz azul o las radiaciones electromagnéticas, podéis explicarle todo esto, cambiar de farmacia o limitaros a no hacerle caso y comprar lo que realmente queríais y necesitabais. Pero no olvidéis poneros protección solar en periodos de fuerte exposición, como cuando vais a la playa en verano o a la nieve en invierno.

Contrato indefinido – Farmacéutic@ jornada 25 h sem

La Vall d'Albaida, La Costera, Valencia

Buscamos farmacéutic@ para cubrir jornada de 25 h semanales con carácter indefinido, experiencia en NIXFARMA y habilidades comerciales en cosmética.

4

¿Sanidad pública?

> Esos médicos canadienses me vendaron, me reajustaron la mandíbula, me pusieron el hombro en su sitio y no me cobraron. Son idiotas.
>
> BARNEY STINSON (NEIL PATRICK HARRIS),
> en *Cómo conocí a vuestra madre*

«Gentrificación», según la Real Academia Española, es el «Proceso de renovación de una zona urbana, generalmente popular o deteriorada, que implica el desplazamiento de su población original por parte de otra de un mayor poder adquisitivo». En realidad esto significa que a determinados barrios de las ciudades las administraciones los desatienden (con menos servicio de limpieza, menos mantenimiento...), de manera que se van deteriorando de forma progresiva y la población que históricamente vivía en ellos se ve «obligada» a desplazarse. Esta situación provoca un descenso del precio del suelo y de la vivienda que es aprovechado por inversores y grupos inmobiliarios para comprar barato. Una vez hecho esto, se adecenta el barrio, se reforma y se vende a población con mayor poder adquisitivo o a grupos financieros y especuladores inmobiliarios que compran paquetes de viviendas a precios irrisorios y los venden a precios inflados. En resumen, dejamos morir un bien básico, el capital privado ve una oportunidad de mercado y lo compra para poder enriquecerse con ello. ¿Quién pierde? Las clases populares que se han visto desplazadas y desposeídas de lo que tenían. ¿Quién gana? Los fondos de inversión y las empresas que han invertido poco dinero en un barrio degradado para vender por grandes sumas en un barrio reformado.

Hagamos ahora un ejercicio imaginativo y cambiemos los barrios por la sanidad pública. Así, la definición de la RAE quedaría: «Proceso de renovación de la sanidad pública, generalmente popular o deteriorada, que

implica el desplazamiento de su población original por parte de otra de un mayor poder adquisitivo». A continuación, enlazaremos esta definición con dos noticias. La primera habla del cierre de «20 de las 37 urgencias de atención primaria de la Comunidad de Madrid»,(34) y la segunda(35) informa de la constante subida de los seguros privados en España durante la última década. Sí, la mayor subida se ha dado durante la pandemia de covid-19 (que tampoco se ha librado de la venta de productos milagro en farmacias como veremos después), «aunque la tendencia ya existía antes de la covid-19».

Volved a leer la definición de gentrificación. ¿Lo entendéis? Se están cargando la sanidad pública.

Igual después de leer esto parecerá aventurado e incluso insensato plantear siquiera la posibilidad de que la oficina de farmacia dejara de ser de titularidad privada para convertirse en pública. En una sociedad y en un sistema económico que busca descargar al Estado de todo aquello que no sea seguridad y defensa y conseguir que todos los demás servicios sean cubiertos por empresas privadas parece utópico atreverse a pensar en revertir un servicio que ha sido privado desde su nacimiento para hacerlo de todas. La pandemia provocada por el coronavirus dejó a la vista las débiles costuras con las que el Sistema Nacional de Salud está cosido: unas profesionales sanitarias que durante meses lo dieron todo y más para poder atender a los pacientes que llegaban a las consultas de urgencias, a la atención primaria o a las UCI. Ahí acaban las heroicidades. Lo demás ya lo sabéis: citas para atención primaria con una demora de varias semanas e incluso meses, largas listas de espera para una intervención quirúrgica o las urgencias de los hospitales a reventar de pacientes que precisan atención médica inmediata y otras que tal vez podrían esperar un poco, pero no los dos meses que les faltan para que las vea una médica en su centro de atención primaria.(36)

El caso es que no puede haber una sanidad pública de calidad sin financiación. Y, según datos del Ministerio de Sanidad,(37) el gasto en salud expresado en porcentaje del PIB en nuestro país fue del 6,5 % en 2019, un pelín por encima de la media europea, que se sitúa en el 6,22 %. La media está calculada para la Unión Europea de los 28 (previa a la salida de Reino Unido), en la que países como Letonia, con un gasto del 3,7 % del PIB, o Chipre, que gasta el 4,0 %, hacen que baje bastante. Igual habría que fijarse en los países con los que nos gustaría compararnos, como los nórdicos, con Suecia a la cabeza con un gasto del 9,2 % del PIB;

Dinamarca, con un 8,3 %; Francia, con un 9,3 %; o Alemania, con un 9,9 %.

Cada una que se pregunte en qué grupo de países les gustaría estar, pero, además, hay que ver cuánto de ese dinero se va a la sanidad privada en forma de conciertos. Los conciertos son la vía que tiene la administración para cubrir las carencias del Sistema Nacional de Salud, y consiste en comprar servicios a la sanidad privada. Por ejemplo, como las listas de espera para intervenciones quirúrgicas menores en la sanidad pública son una barbaridad de largas, se deriva a los pacientes a la sanidad privada y se acortan esas listas de espera. Por un módico precio, por supuesto. De hecho, ese módico precio ascendió en 2020 a 8.396 millones de euros, un 10 % del gasto total según datos del propio Ministerio de Sanidad.[55] Fetén, ¿verdad? Nos gastamos más de ocho mil millones al año en comprar en la sanidad privada lo que no podemos cubrir con la sanidad pública.

¿Y qué pasa si cada vez cubrimos menos servicios o tenemos mayores deficiencias en la sanidad que es de todas? Más conciertos con la privada. Más dinero público a empresas privadas. Recomendamos volver a leer la definición de gentrificación que dábamos al principio de este capítulo.

Nutrición pública

La mejora de la sanidad pública no pasa solo por la reformulación del sistema de oficinas de farmacia tal y como lo conocemos hasta ahora. Existen también otras modificaciones que mejorarían de modo considerable la atención de las pacientes, y cualquiera de estas mejoras debería seguir un modelo multidisciplinar. Puesto que en la actualidad contamos con diferentes tipos de profesionales sanitarias —profesionales de la nutrición y la dietética, profesionales de la fisioterapia, profesionales de la podología, etcétera—, no tiene sentido que la carga de casi todas las patologías y su tratamiento siga recayendo en médicas y enfermeras. Sin olvidar que las ramas que sí existen en la sanidad pública, como la psicología, cuentan con una proporción de profesionales muy inferior a la que resultaría óptima para la sociedad, por lo que aumentarla sería un modo de mejorar la sanidad pública.

¿Y qué tienen que ver estas profesionales con los problemas de la sanidad pública? ¿No sería más conveniente contratar más enfermeras y

médicas? Veámoslo poniendo como ejemplo el caso de la nutrición y la dietética, que es el que más directamente nos toca.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas publicó un manifiesto(38) por la incorporación de la dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud. En este manifiesto se alega el ahorro económico que esto generaría para el sistema sanitario, pues la dietista-nutricionista contribuiría a reducir las estancias hospitalarias, lo cual reduciría a su vez el problema de las infecciones nosocomiales (infecciones relacionadas con la estancia en un hospital y que no estaban presentes en el momento de ingreso de la paciente), por ejemplo. También se tiene en cuenta que la mayor parte de las enfermedades que afectan a la población española son las llamadas enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales están relacionadas con los hábitos de vida de la población, como la dieta. Este manifiesto atiende a la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) y al Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, documentos que recogen las competencias de la dietista-nutricionista, su categoría profesional y su inclusión en el Sistema Nacional de Salud. Un estudio realizado por la Asociación Holandesa de Dietistas[56] llegó a la conclusión de que «por cada euro invertido en el asesoramiento dietético de estos pacientes, la sociedad recibe entre 14 y 63 euros», lo que supone a largo plazo un ahorro económico considerable. En el estudio se citan tres tipos de ahorro diferentes que resultan de la inversión de este dinero: en mejora directa de la salud, en los costes totales de los cuidados y en ganancia por aumento de productividad.

A pesar de todo, la inclusión de la figura de la dietista-nutricionista en la sanidad pública depende de las comunidades autónomas, por lo que hay dietistas en unas y en otras no. Es decir, no hay un examen nacional de formación sanitaria especializada para formar nutricionistas interinas residentes, similar al MIR, EIR, FIR, PIR, QIR o BIR, y parece que nadie está muy por la labor de implantarlo a pesar de los beneficios que supondría a medio y largo plazo.

Además, a esto se le añade la sentencia del Tribunal Supremo de enero de 2022(39) que confirma que el personal de enfermería no puede prestar asesoramiento nutricional, ya que esta competencia es de la dietista-nutricionista. Con ella se agrava el problema: si en la actualidad no hay dietistas en el Sistema Nacional de Salud y enfermería no puede prestar dicho asesoramiento, ¿quién atenderá a las pacientes? Para solucionarlo, no hay que dar más competencias a enfermería ni a otras especialidades

médicas, puesto que no son las profesionales indicadas, sino luchar para que las diferentes profesiones sanitarias estén representadas en una proporción suficiente en la sanidad pública y para que el personal de enfermería realice la encomiable función, dentro de sus competencias, que realizó durante la pandemia aun con escasez de recursos.

Nos hemos centrado en este apartado en las dietistas-nutricionistas, pero como hemos dicho al principio, sucede lo mismo con otras profesiones sanitarias. Y, por supuesto, en el ámbito de la farmacia.

Farmacia pública

Tendréis que perdonarnos que en este punto nos explayemos un poco, ya que para nosotros es la piedra angular del problema de la farmacia comunitaria. Vamos allá.

Cuando se debate el modelo actual de farmacia en nuestro país se comete el ¿error? de enfrentarlo a un posible modelo libre, basado en que cualquiera que tenga capital suficiente pueda abrir una oficina de farmacia donde quiera y entrar en libre competencia con el resto de las boticas. Más adelante veremos algunos ejemplos de esto. Este modelo *a priori* parece tener un cúmulo de ventajas, ¿no? Igual que podrías abrir una frutería, podrías montar una farmacia y competir con las demás farmacias según la ley de la oferta y la demanda, de este modo crecería la oferta de un producto (oficinas de farmacia, en este caso), bajarían los precios y todo serían beneficios para el consumidor.

El problema surge cuando un sector libre se monopoliza y pasa a ser propiedad de una sola persona, que es lo que está empezando a suceder en Estados Unidos tras el movimiento realizado por Amazon® poniendo en marcha su nuevo servicio de Amazon Pharmacy.(40) Este permitiría comprar medicamentos con receta a través de su plataforma y recibirlos en casa, con el objetivo de «poner a los clientes primero». El mercadeo está asegurado, pero no solo esto, sino que además las clientas estadounidenses cederán información médica personal, que en Europa se protege por encima de todo, a una multinacional privada. Bastaría con aceptar las *cookies* para recibir en nuestras redes sociales anuncios personalizados de productos para nuestros problemas de salud. Sí, de estos de los que hemos ido hablando a lo largo del libro, directos a tu perfil en las redes sociales.

Mientras escribíamos este apartado nos hemos enterado de la última de

Jeff Bezos, a la postre dueño de Amazon®, que ha comprado una de las principales cadenas de atención primaria del país: One Medical.(41) Es decir, compro la atención primaria y me hago con la distribución de medicamentos. Un negocio redondo, sobre todo sabiendo que la industria farmacéutica en Estados Unidos mueve miles de millones de dólares.

¿Todavía no tenemos claro que es preciso defender a capa y espada la sanidad pública? Pues vamos a dar algunas razones más para ponernos a ello.

Hemos tenido en varias ocasiones la «gratificante» experiencia de participar junto a farmacéuticas en foros y debates sobre el modelo de oficinas de farmacia en nuestro país, y ¡ay!, pobre del que se atreva a mencionar allí la alternativa de una farmacia pública. Tendrá que oírse decir «Comunista», «Pues vete a Venezuela y ya verás qué bien» y otros clásicos de cualquier *playlist* que pretenda denigrar la idea de algo público, tanto en la sanidad como en los demás ámbitos de la vida. Asimismo, hemos oído argumentos del estilo de «España no podría permitirse ese gasto», que nos resulta curioso pensando que nuestro país tiene el quinto PIB más alto de Europa y que ya hay farmacias públicas en España: la farmacia militar y la farmacia hospitalaria.

Cabe decir que en los debates en los que hemos intervenido, por lo general, las mayores defensoras del modelo actual han sido las titulares de oficinas de farmacia, y las mayores defensoras de un modelo público, las farmacéuticas adjuntas. Esto podría ofrecer una visión sesgada de lo que supondría una farmacia pública debido a los intereses personales y laborales de ambos grupos.

En cualquier caso, sería lógico pensar que, si en una oficina de farmacia separásemos la atención de la caja del día, los actuales ofrecimientos de productos sin utilidad terapéutica tenderían a desaparecer, puesto que el salario de la farmacéutica dejaría de depender de las ventas y sería el que estableciera la administración, como pasa en cualquier profesión de la sanidad pública.

—Pero ¡es que el Estado tendría que hacerse cargo de los salarios del personal, y eso sería totalmente inviable!

Lo sabemos, José Luis. Igual que se hace cargo de los salarios de médicas o policías, o de pagar los 115 millones de euros que nos cuestan las profesoras de religión,(42) con la diferencia de que, manteniendo el gasto actual en medicamentos, la parte que pagamos cuando vamos a la farmacia retornaría al Estado y no se acumularía en la caja de una empresa

privada.

Coged papel y boli, que os explicaremos un poquito esto: el gasto que asumió el Estado en medicamentos sujetos a receta médica en 2021[57] fue de 11.700 millones de euros, de los cuales, y según el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo,[58] el margen de las farmacias por la venta al público de la inmensa mayoría de medicamentos es del 27,90 %. Es decir, más de 3.200 millones de euros retornarían al Estado, simplemente los correspondientes a ese margen de beneficio que establece el *BOE*. Pero es que hay más.

La inmensa mayoría de las farmacias obtiene descuentos de los laboratorios cuando les compra sus medicamentos, descuentos que pueden ir desde un 5 % hasta incluso un 70 %, por lo que con estos descuentos el margen de beneficio de la venta del medicamento en cuestión aumenta de forma considerable. De hecho, la Comisión Nacional de Mercados y Competencia cifró estos descuentos y el ahorro que supondrían para las arcas del Estado en un 40 %, y Patricia Lacruz, directora general de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, en una entrevista publicada en *Diariofarma,*(43) cifró este ahorro en un 20 % (800 millones de euros), a nuestro juicio, pecando de prudente. En cualquier caso, en una farmacia pública, de este ahorro se beneficiaría el Estado (el dinero sería para todas) y no una empresa. La cuantía del ahorro sería de entre 4.000 y 4.800 millones de euros, tomando los cálculos de Patricia Lacruz y de la CNMC para establecer el mínimo y el máximo, respectivamente. Y eso teniendo en cuenta que las compras no son centralizadas y que los descuentos es muy posible que sean más bajos de lo que podrían ser. Con esos descuentos y haciendo compras centralizadas, estamos seguros de que el ahorro para el Estado, contando solo con el retorno de dinero de los medicamentos, rozaría los 5.000 millones de euros al año, y nosotros pensamos que podría superarlos tranquilamente.

Pero José Luis nos decía hace un rato que habría que pagar a las farmacéuticas contratadas. Lo sabemos, así que vamos a hacerlo. Hoy, el salario bruto anual de una farmacéutica ronda los 27.250 euros, que es lo que marca el actual convenio colectivo de oficinas de farmacia,[59] obsoleto y en vías de negociación (sin acuerdo en el momento de redactar este texto), con las subidas anuales pactadas,[60] a lo que debemos sumar las aportaciones a la seguridad social (un 33 % más o menos). Para ser previsores, pondremos a dos farmacéuticas por farmacia pública (la farmacia que necesite una por la que necesite tres, según un posible

modelo basado en la población). Así, la inversión según los salarios actuales sería la siguiente:

(27.250 euros + 33 %) x 22.000 farmacias =
798 millones de euros

Siguiendo el supuesto de que las farmacias tengan de media dos farmacéuticas, el presupuesto sería de unos 1.596 millones de euros. Si contratáramos a dos técnicas en farmacia por cada oficina, con un salario menor, el gasto rondaría los 1.080 millones por año. Al final, el gasto total en personal (seguridad social incluida) para cubrir los puestos de dos farmacéuticas y dos técnicas en farmacia por oficina de farmacia, sería de 2.676 millones de euros. Quedaríamos todavía lejos de esos 3.200 millones de euros fijos de ahorro sin contar los descuentos en medicamentos. En concreto, nos sobrarían 524 millones y tendríamos a cuatro profesionales por farmacia. ¿Aún pensáis que no se ahorraría?

—*¿Y el mantenimiento de los locales qué? De eso no habláis, ¿eh?*

Tranquila, Mari Tere, que hablamos de todo.

Un informe de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)[61] publicado en 2015 (no hemos encontrado datos más actuales), situaba el gasto anual fijo de mantenimiento de una oficina de farmacia en 23.350,56 euros, y en 13.288,32 euros en el caso de las farmacias VEC (viabilidad económica comprometida), que son aquellas que facturan al año menos de 200.000 euros. Estas se encuentran en su mayoría en territorio rural, y en 2018 fueron 858 farmacias de las poco más de 22.000 que existen en todo el país. Así que para hacer el cálculo de cuánto le costaría al Estado el mantenimiento de estas oficinas de farmacia podemos asumir que todas son farmacias no VEC y, para no hacer trampas, calcular el gasto por farmacia añadiendo la variación anual del IPC contando la brutal inflación que estamos viviendo en 2022 (que en estos momentos está en un 8,9 %). Esto supondría un gasto por farmacia de 28.225 euros al año, lo que, multiplicado por el total de farmacias, serían 621 millones de euros anuales tirando por lo alto.

Entonces, entre personal y mantenimiento tenemos un gasto anual de 3.297 millones de euros.

Para aclarar un poco este batiburrillo de números, recordemos, por un lado, el ahorro de 4.800 millones, contando con el 40 % de margen calculado por la CNMC (margen de beneficio de la venta de medicamentos

más descuentos por compras), o de 4.000 millones si asumimos el prudente cálculo de Patricia Lacruz. Por el otro lado, está el gasto en los salarios de dos farmacéuticas y dos técnicas por farmacia y el mantenimiento de los establecimientos, contando que no todas son VEC, con un total de 3.297 millones de euros. El ahorro calculado en el peor de los casos, es decir, lo que nos sobra de los gastos que se han asumido respecto a los ingresos obtenidos, sería de 703 millones de euros al año y si asumimos como válidos los datos de la CNMC, ascendería a ¡1.503 millones de euros al año!

No obstante, tenemos claro que no convenceremos ni a Mari Tere ni a José Luis,(44) titulares de oficina de farmacia, con datos económicos. Ya lo hemos intentado en varias ocasiones y casi siempre nos han acabado diciendo: «¡Pues vete a Cuba o Venezuela!». Para qué seguir, entonces.

En cualquier caso, una vez terminado el tema económico, abordaremos un asunto que personalmente nos gusta más y, a nuestro juicio, es más importante: cómo podría mejorar la atención al paciente ahorrando al mismo tiempo dinero al sistema. Sí, ahorrarle dinero al sistema, aunque en este caso no es fácil calcularlo.

Adjunt@

Farmacia de [localidad] necesita farmacéutic@ para jornada completa o media jornada.

Incorporación inmediata. Necesario don de gentes y gusto por la parafarmacia.

Ofrecemos contrato indefinido tras período de prueba. Enviar currículum a [correo electrónico].

En 2017, España era el quinto país del mundo en automedicación con productos que no necesitan receta médica,(45) la mayoría productos para el resfriado común, pero también analgésicos o digestivos. Pues bien, en 2021, el «IV Estudio de Salud y Estilo de Vida de AEGON»(46) afirmaba que el 24 % de las españolas se automedica, incluso con medicamentos que no se pueden vender sin prescripción médica, y que el 9 % y el 10 % de los encuestados compra medicamentos para enfermedades crónicas y psicológicas, respectivamente, sin la receta médica que requieren, o, lo que es lo mismo, existen farmacias que venden este tipo de medicamentos de

forma ilegal. ¿Recordáis el caso de muerte por laxantes y diuréticos? La mayoría de los preparados que se toman como automedicación son analgésicos, antibióticos y ansiolíticos o antidepresivos.(47)

¿Creéis que si no hiciera falta vender y vender para mantener la empresa serían estos los datos de venta ilegal de medicamentos que necesitan receta médica? Nosotros tampoco.

Resulta bastante evidente que cuantos más medicamentos utilicen las pacientes, más posibilidades hay de que se produzcan reacciones adversas a su consumo o interacciones entre ellos. Por ejemplo, una interacción que, en ocasiones, tiene efectos tan graves como un fallo renal es la conocida como *triple whammy*, que puede ocurrir cuando se combinan un antihipertensivo, un diurético y un antiinflamatorio, lo cual es bastante frecuente. Pues bien, ¿pensáis que las «compañeras» que vendieron el Seguril® sin receta a quien envenenó a su pareja acostumbran a preguntar qué medicación toman las pacientes cuando les venden cualquier medicamento sin receta? Por supuesto que no. O no siempre.

La cuestión es que un fallo renal agudo puede tener consecuencias muy graves para la paciente, así como un coste importante de dinero público, pues implica atención en urgencias, análisis, pruebas de laboratorio, material médico, cama, personal sanitario, celadoras... Es decir, hay que movilizar a todo un equipo de personas y una cantidad considerable de material por una reacción adversa que la intervención farmacéutica podría haber prevenido, como demostraron las compañeras del Departamento de Salud de la Plana, en Castellón, en un trabajo expuesto en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Estas compañeras constataron que «tras informar a los médicos de familia sobre el *triple whammy*, consiguieron una reducción del 40 % de los pacientes en tratamiento con la triple terapia, de 342 al principio a 205 tras la intervención».[62]

Este es solo un ejemplo del enorme potencial que tendría una farmacia pública dedicada no a vender productos inservibles o cosmética y a dispensar de modo ilegal medicamentos que requieren receta médica, sino a la atención del paciente, la revisión de tratamientos y la comunicación con otras profesionales sanitarias, como las médicas, para alertar sobre los posibles riesgos de los medicamentos prescritos. Hay más estudios[63] que prueban la inestimable labor que podrían hacer la farmacia y las farmacéuticas revisando medicaciones, con lo que disminuirían los reingresos hospitalarios, cosa que supondría un gran ahorro. Mención

aparte merece el sufrimiento que se evitarían las pacientes al minimizarse las reacciones adversas, tanto leves como graves, provocadas por medicamentos si la farmacia comunitaria formara parte de verdad del Sistema Nacional de Salud y si las 22.000 oficinas de farmacia que hay repartidas por el país se ocuparan del medicamento en toda su extensión y no, salvo alguna honrosa excepción, solo de dispensarlo. Por no hablar de lo mucho que ayudaría a descongestionar la atención primaria y el día a día de las compañeras de medicina familiar y comunitaria tener una farmacia que revisara medicaciones, que les informara de los problemas, que pudiera cambiar una forma farmacéutica (de comprimidos a sobres, por ejemplo) sin que la paciente tuviera que pasar por la consulta médica. Las posibilidades que ofrecería integrar la farmacia comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud serían infinitas.

¿Y qué decir de las farmacias VEC y rurales? Farmacias que a pesar del modelo económico en que se basa la sociedad, realizan una labor encomiable de vertebración del territorio rural y de asistencia sanitaria a una población que cada vez ve más menguada su posibilidad de acudir a una consulta médica por el cierre de muchos centros de salud por parte de las administraciones y el progresivo deterioro de la atención primaria. Imaginad que estas farmacias no vieran comprometida su viabilidad económica porque fueran públicas, porque fueran de todas. Un servicio que, bien gestionado y en colaboración con determinadas medidas en otros sectores, ayudaría a fijar población en las zonas más deshabitadas (no solo dependería de esto, no somos unos ilusos).

Es seguro que pecamos de utópicos al pensar que una farmacia pública es posible cuando ni siquiera los partidos políticos que dicen defender la sanidad pública hacen gran cosa por preservar lo poco que nos va quedando, por precario que sea. ¡Como para meterse en este berenjenal! Veamos, si no, las declaraciones que hizo Fernando Ribot, titular de farmacia y tesorero de ASPROFA (Asociación de Profesionales de la Farmacia), en el conocido grupo de Facebook® «Trabajamos en farmacias españolas. Foro para apañarnos entre nosotros», donde dijo literalmente: «A ver, para los que se quejan de que los titulares pensamos en el dinero: ¿no sabíais que en las farmacias se venden cosas y que ha habido desde siempre una caja registradora? ¿Sabíais que os pagamos los sueldos con el dinero que ganamos en la farmacia? Porque ¿en qué momento ha empezado a extrañaros que nos guste que nuestros empleados vendan cuanto más mejor? ¿Qué os creéis que les piden los dueños de otros

negocios a sus empleados? ¿Que vendan menos? Como se dice por aquí,(48) «*heu de fer un pensament*», para más tarde añadir: «Es que mi jefe quiere que venda más... Buaaah (emoticonos de lloro). Y yo me sé el ciclo de Krebs(49) y sé dibujar la forma de la *Giardia lamblia*(50) con los ojos cerrados, y él no lo valora nada. Anda ya. Dejaré el grupo, pero porque me vais a acabar deprimiendo. Esto no es serio».

A pesar de declaraciones como estas, nosotros preferimos seguir siendo ingenuos y pensar que otro tipo de farmacia es posible. Otro tipo de farmacia más asistencial y más profesional, y que abandone el modelo de empresa privada, en el que la subsistencia está ligada a la caja y por eso se continúan vendiendo hoy en día productos inútiles desde el punto de vista terapéutico como los dos que vamos a exponer a continuación.

Y es que ni la pandemia de covid-19 se libró de los productos milagro. Vamos al lío.

Cómo rentabilizar una crisis mundial

No podemos dejar de hacer mención en este libro a la reciente pandemia que ha puesto a prueba a todos los sistemas sanitarios del mundo, causada por el virus SARS-CoV-2. Como ya se ha estudiado el virus y se ha hablado de él hasta la saciedad y todas estamos familiarizadas con el tema, nosotros nos centraremos en la función de las oficinas de farmacia durante la pandemia. Cabe destacar que su labor fue imprescindible, ya que se encontraron de lleno en el frente de batalla cuando acceder a una consulta de atención primaria era casi imposible. Las farmacéuticas atendieron a pacientes, distribuyeron medicamentos y productos como las mascarillas, los geles hidroalcohólicos o los tests de antígenos, y en muchos casos hicieron pedagogía para que no cundiera el pánico. Aunque este libro aborde el problema que para nosotros es el modelo actual de oficina de farmacia y de que este modelo va en contra de lo que debería ser una profesión sanitaria, durante lo más duro de la pandemia las farmacias hicieron un esfuerzo colosal.

El problema es que cuando eres propietaria de un establecimiento privado que es un referente en el ámbito sanitario y ves que la gente está desesperada por adquirir cualquier cosa que le evite contraer esa enfermedad que sale a todas horas en televisión y mata a tantas personas, puede salirte la vena mercantilista, y entonces ves un negocio redondo. No

solo especulando con los precios de las mascarillas y los geles hidroalcohólicos —algunas decidieron tratar de lucrarse mientras que otras se las veían y se las deseaban para conseguir material y mantener los precios, ya de por sí elevados—, sino también vendiendo ciertos productos que «protegen» de la infección por covid-19, los cuales todavía se siguen comercializando en tus farmacias de desconfianza. Hablamos, en concreto, de un espray nasal que empezó a comercializarse en febrero de 2021 para evitar el contagio de covid-19 mediante la creación de una barrera protectora en las fosas nasales que presuntamente impediría al virus acceder al organismo por la nariz. Y claro, en una emergencia así, toda precaución es poca, por lo que este producto era un cebo que atraía como el imán a las personas que tenían más miedo. Sin embargo, en marzo de 2021, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) decidió retirarlo del mercado por «no estar justificada su clasificación como producto sanitario clase I y no disponer de evidencia clínica suficiente que avale la seguridad y la eficacia del producto».[64]

Es evidente que la empresa no estaba dispuesta a perder el mercado español cuando tenía una oportunidad tan buena como la pandemia, por lo que decidió corregir el apartado donde hacía referencia específica a la covid-19 e indicando que es una «barrera mecánica protectora contra virus dentro de la cavidad nasal». Con esta frase salvó la legislación europea y en agosto de 2021 volvió a comercializar dicho producto. La empresa hizo publicaciones fáciles de encontrar en internet en las que consideraba su vuelta a los mercados un éxito. Sin embargo, es interesante acudir a la citada AEMPS y buscar el número de alerta 2021-461,[65] que es el correspondiente al permiso de comercialización, donde explica lo siguiente: «Asimismo no puede figurar reivindicaciones del porcentaje de bloqueo de los virus, incluyendo Covid-19, ni aquellas para las que no se disponga de evidencia suficiente». Así que es una barrera mecánica, pero no se ha demostrado que sea efectiva ni para el virus de la covid-19 ni para otros virus.

Lo que suele pasar en estos casos en las oficinas de farmacia es que aparece una comercial a explicar a las trabajadoras el producto en sí, con unos folletos muy chulos llenos de gráficas de colorines elaboradas por el propio laboratorio, y les dice (me baso en un caso real) que «aunque no podemos ponerlo en el prospecto ni en el embalaje, hemos comprobado en nuestro laboratorio que el producto hace patatín, patatán...», y que «si queréis, como veo que os gusta comprobar las cosas, dadme una dirección

de correo electrónico y os mandaré los estudios». Luego nunca los mandan.

Volviendo al tema del espray nasal, la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL)[66] se posiciona en la misma línea que la AEMPS. Tras realizar una revisión sobre la evidencia científica de este producto, la SEORL publicó un artículo, que podéis consultar en internet, explicando que el principio activo del espray en cuestión es la hipromelosa, que actúa formando una especie de gel que evitaría que el virus penetrase de forma correcta en las fosas nasales, de lo cual no existen evidencias claras; no se ha probado que este producto disminuya las infecciones virales, ni la covid-19 ni las de otros virus estudiados. La SEORL también indica que el estudio[67] que da pie a que el espray pueda venderse como antivírico tiene fallos metodológicos, como no haber utilizado un grupo control con placebo y haber efectuado una encuesta para ver solo si las personas se habían contagiado o no tras un evento, sin tener en cuenta otros posibles elementos protectores que sí son eficaces, como las mascarillas.

¿El mejor ataque es una buena defensa?

Los espráis nasales no fueron los únicos remedios de poca o nula eficacia que se comercializaron en las oficinas de farmacia para combatir la pandemia de covid-19. De hecho, varios productos ya existentes, que se utilizaban para tratar otro tipo de enfermedades, vieron la oportunidad de hacerse con su particular cuota de mercado en el miedo a la covid-19 y supieron posicionarse como solución o ayuda para luchar contra la nueva pandemia que azotaba a la población mundial. ¿Cómo lo consiguieron? Les resultó muy sencillo, pues eran productos a los que se atribuye un poder inmunoestimulante, es decir, que ponen en «alerta» nuestro sistema defensivo ante la invasión de virus o bacterias. Y lo que vale para cualquier tipo de virus debía valer para el SARS-CoV-2, lo que de por sí ya era bastante absurdo, puesto que en medicina raro es lo que funciona para todo. Unos de estos productos son los preparados de equinácea y saúco. Plantas a las que se suponen propiedades para combatir las infecciones respiratorias, entre otras, la provocada por el virus *Influenza* de la familia de los *Orthomyxoviridae*, responsable de la gripe. Atendiendo a las similitudes entre los síntomas que causan ambos virus y teniendo en cuenta que el supuesto efecto del preparado es activar el sistema inmune, pues

blanco y en botella. Este tipo de productos empezaron a cobrar protagonismo en los escaparates de las farmacias durante la pandemia. Pero ¿sirven? Supongo que, a estas alturas del libro, las lectoras sabrán dar la respuesta sin pestañear.

El empleo de la equinácea para fortalecer las defensas en los resfriados se popularizó tras un metaanálisis realizado en 2007,[68] que revisaba catorce estudios sobre este producto como tratamiento para el resfriado común. Sin embargo, partía de un supuesto equívoco, pues mezclaba diferentes tratamientos que no son comparables. Por un lado, existen hasta siete variedades de equinácea diferentes, y, por el otro, de esta planta se utiliza la raíz, las flores o el tallo, y cada parte tiene una composición diferente. Al poco tiempo, Cochrane realizó otro metaanálisis más exhaustivo y extrajo conclusiones diferentes.(51) Recientemente, en 2021, se hizo una nueva revisión de los estudios[69] publicados hasta el momento sobre distintos productos que se administran para prevenir la gripe, causada por el virus *Influenza*, y la conclusión con respecto a la equinácea fue que se necesita una evidencia más clara para afirmar su eficacia. Por cierto, y como curiosidad, en este mismo documento se habla también de que la vitamina C no sirve para prevenir ni curar resfriados, mientras que el consumo de ajo podría ser beneficioso.

Siguiendo con los estudios, a finales de 2020 se publicó una revisión bibliográfica[70] que comparaba diversos tratamientos botánicos contra la covid-19, en la que se menciona tanto la equinácea como el saúco, que es un segundo componente de algunos de los preparados que se comercializan para «ayudar a nuestras defensas». En cuanto al saúco, dicha revisión comenta que se ha visto algún resultado positivo *in vitro*, con lo que no podemos concluir que el funcionamiento *in vivo* sea igual de efectivo. Además, habla de un estudio doble ciego, cuya muestra fue pequeña y no dio resultados satisfactorios. En conclusión, no se puede afirmar que el saúco ayude a tratar la covid-19.

Sin embargo, sostiene que la equinácea sí puede ser efectiva en tratamientos para el resfriado, y se apoya en un metaanálisis realizado en 2019,[71] afirmación que nos causa sorpresa, ya que en las conclusiones del estudio al que hace referencia se dice literalmente: «Nuestra revisión presenta evidencia de que la equinácea puede tener efecto preventivo [...], pero es discutible si es clínicamente significativo». Dicho de otro modo, aunque los efectos de la equinácea puedan ser prometedores, hoy por hoy no se puede confirmar que prevenga o cure ni el resfriado ni la covid-19.

Aun así, se vende como tratamiento preventivo y curativo en las farmacias.

Queremos terminar este apartado con este estudio de 2020, que junto al saúco y la equinácea analiza otros muchos tratamientos fitoterapéuticos (kaloba, preparados de hongos, regaliz), y citando el párrafo final de la conclusión, que contiene una afirmación muy peculiar: «Los datos no son suficientemente fuertes para apoyar su recomendación activa, pero el balance de la evidencia sugiere que son seguros para el público, con la debida precaución». A ver, a ver, a ver... ¿No sirve de nada, pero al menos tampoco hace daño? Nos hace gracia el argumento porque puede valer tanto para ciertos extractos vegetales como para el agua mineral, que por cierto, aunque quizá no nos cure ni prevenga ningún mal, no hace daño, con lo cual se podría vender a precio de oro diciendo que a lo mejor cura. En realidad, esto ya se hace y se llama homeopatía, y también lo encuentras de venta en las farmacias, si bien no profundizaremos en el tema porque ya lo hacen otros buenos libros. En fin, la conclusión del estudio recuerda a ciertas declaraciones sobre las propiedades saludables de algunos nutrientes que «ayudan al normal funcionamiento de...». El agua también ayuda al correcto funcionamiento de todos los órganos y no tiene efectos secundarios. Bebed agua como bebida principal.

Busco farmacéutico/a

Valencia

Se necesita farmacéutico con experiencia. Media jornada, mañanas. Ofimática. Nixfarma. Redes sociales. Venta on-line.

Especialidades que se valorarán:
- Atención farmacéutica
- Cosmética
- Fitoterapia
- Marketing

Productos milagro para dietas, colágeno, cremas rejuvenecedoras o pociones mágicas contra la covid-19 son solo algunos ejemplos de los innumerables productos que podemos encontrar ofertados en los escaparates y mostradores de las poco más de 22.000 oficinas de farmacia

que hay repartidas por nuestro país, pero existen otros: crecepelos, homeopatía, aceites esenciales para aromaterapia, la mayoría de los preparados de fitoterapia... ¿Recordáis las pulseras esas amarillas que figuraba que tenían beneficios sobre la salud y que con solo llevarlas en tu muñeca mejoraban tu equilibrio? También se vendieron en farmacias. En resumen, un sinfín de productos, brebajes y potingues en los que gastar nuestro dinero y que conseguirán poco más que vaciarnos el bolsillo. Y repetimos: esto se debe a que la atención farmacéutica sea rehén del balance económico de 22.000 pequeñas empresas (algunas no tan pequeñas) que han de hacer caja para poder seguir subiendo la persiana. Como el bar, la frutería o la tienda de ropa del barrio. A riesgo de parecer cansinos, volvemos a recordar: la razón de ser de cualquier empresa es obtener beneficios.

Hay gente buena y gente mala; titulares de farmacia buenas, malas y regulares. Igual que trabajadoras, que también las hay de todos los palos y colores, profesionales que venden estos productos porque de verdad creen en ellos, aunque «creer» no debería ser un verbo conjugado muy a menudo en una profesión sanitaria. Lo que es innegable es que el actual modelo prima la venta por encima de la atención al paciente, el tíquet medio por encima de la revisión de tratamientos. Y así, por mucho que se pida y se demande desde diferentes ámbitos del sector de la farmacia comunitaria, no se puede formar parte activamente del Sistema Nacional de Salud como uno más. Así nos parecemos más a la perfumería o a la herboristería del barrio que a un establecimiento sanitario de custodia y dispensación de medicamentos. ¿Que las farmacias pueden vender productos y dispensar medicamentos? Claro, pero ya hemos visto el precio y las consecuencias.

Nosotros creemos que otro modelo de farmacia es posible, pero tampoco somos idiotas. Viendo la tendencia actual de la sociedad hacia la desregularización de todo y el imperio de la ley de la selva, sabemos que, si cambiase el modelo farmacéutico, lo haría adoptando el del libre mercado, no el de la farmacia pública dentro del Sistema Nacional de Salud. Con todo, nos gustaría al menos plantear el debate y mostrar que hay una alternativa, y que estamos seguros de que sería mejor para las pacientes, mejor para la sociedad y mejor para las arcas públicas. Falta lo de siempre, valentía y voluntad política, pero mantenemos la fe.

5

¡Pues vete a Cuba!

Es preferible el bien de muchos a la opulencia de pocos.

JOSÉ MARTÍ

Esta frase de José Martí, conocido poeta y político cubano, nos viene que ni pintada para empezar el capítulo, pues sintetiza el significado de comparar una sanidad o un servicio público con uno privado. Mejor resumido, imposible.

Anteriormente explicábamos que más de una vez y más de dos nos han dicho «¡Pues vete a Cuba!» cuando defendíamos la necesidad de una farmacia pública en algunos foros de farmacéuticas. O cuando argumentábamos que la salud de la población no debería estar condicionada por la caja de una empresa privada, sea una farmacia o sea un hospital, ya que entonces la variable «rentabilidad económica» entra con fuerza en juego. Nos han mandado a Cuba o a Venezuela solo por defender una sanidad pública de calidad. Y la farmacia forma parte de la cartera de especialidades que queremos para nuestro modelo de sanidad, así como, por supuesto, la nutrición y la dietética. Cubazuela del Norte(52) es el comodín perfecto para cerrar cualquier debate sobre farmacia pública. Si abogas por una sanidad pública y de calidad, eres una peligrosa bolivariana amante de las dictaduras. Punto, set y partido. Se acabó el debate.

—*¡Eso que decís no se hace en ningún país del mundo!*

A ver, José Luis, no hace falta irse muy lejos para darse cuenta de que una farmacia pública es posible y se encuentra en funcionamiento. Concretando, hay que viajar a la lejana... ¡España!

—*¿Cómo? ¿En España?*

Sí. En España. ¿Quién no ha tenido que ir alguna vez a urgencias en un hospital público por una gastroenteritis? ¿O por un cólico de riñón, la

fractura de algún hueso o simplemente para dar a luz? ¿Quién no ha estado en alguna ocasión ingresado por una operación quirúrgica, o acompañando a un familiar hospitalizado por este motivo? Seguro que muchas tenemos familiares, conocidas o personas cercanas que han acudido al hospital a ponerse ciclos de quimioterapia para tratarse un cáncer. Bien, pues casi seguro que para cualquiera de estas intervenciones hospitalarias pautan al paciente algún tipo de medicación: analgésicos, antipiréticos, antibióticos, quimioterápicos, etcétera. Un completo arsenal terapéutico que sale de la farmacia del hospital. Sí, porque en el hospital hay una farmacia, ¡con farmacéuticas y todo! Farmacéuticas, técnicas de farmacia, enfermeras y administrativas son algunas de las profesionales sanitarias que intervienen directa o indirectamente cuando durante un ingreso hospitalario a la paciente se le administra una medicación sin que esta deba afrontar su coste.

Pues ya hemos encontrado un modelo de farmacia pública, y apenas nos hemos movido de casa: la farmacia hospitalaria, cuyo gasto superó en 2021 los 8.000 millones de euros según el Ministerio de Hacienda y Función Pública,[72] donde no te cobran ningún porcentaje de la medicación que te ponen (recordemos que en las oficinas de farmacia, salvo algunas excepciones, pagas parte de la medicación). Otro motivo que prueba que económica y logísticamente sería viable para un país como España tener una farmacia comunitaria pública. Y por si esto no fuera suficiente, contamos con un modelo de industria farmacéutica pública, como es la farmacia militar. Aunque es en su base diferente a la industria farmacéutica al uso, la farmacia militar fabrica en la actualidad y fabricó durante lo más duro de la pandemia del SARS-CoV-2 desde medicamentos genéricos como el paracetamol hasta geles hidroalcohólicos, por ejemplo. Pero hablar sobre la industria farmacéutica daría para otro libro, y en este no nos adentraremos más en el tema.

Lo que haremos, ya que nos suelen mandar a Cuba por defender la sanidad pública, será irnos no solo a Cuba, sino a unos cuantos países más para daros unas pinceladas de cómo funcionan los diferentes modelos farmacéuticos.

Modelos farmacéuticos fuera de España

Cuba

A pesar del embargo bilateral por parte de Estados Unidos e Israel y contrario a las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Cuba presenta un sistema sanitario que ocupa el puesto 55 en la evaluación del funcionamiento de los sistemas sanitarios del mundo realizada por la revista *The Lancet*,[73] y cuyo sistema farmacéutico está regido por dos empresas estatales, Biocubafarma y Medicuba,[74] encargadas de la elaboración de los medicamentos y de la importación de las materias primas necesarias, aunque parece ser que debido a dicho bloqueo, suele haber escasez de algunos medicamentos en la isla.

Biocubafarma (BCF) es una organización superior de dirección empresarial, que reúne 33 empresas. Una parte son farmacéuticas y las demás, biotecnológicas. La mayoría se dedica a la producción de medicamentos, genéricos o innovadores, y algunas de ellas importan directamente sus insumos y tienen empresas exportadoras asociadas. BCF incluye también una empresa distribuidora de medicamentos. Respecto a Medicuba, es una empresa importadora y exportadora de insumos médicos que pertenece a Salud Pública.

Respecto al funcionamiento de las farmacias o dispensarios, es parecido al de otros países de nuestro entorno: la médica prescribe y la farmacéutica dispensa, y en la farmacia se venden desde medicamentos con y sin necesidad de prescripción médica hasta complementos alimenticios. La diferencia es que en Cuba todas las farmacias son estatales. De hecho, todo lo referente a ciencia y salud es estatal.

Reino Unido

El modelo británico está desregulado. Es casi libre, lo cual puede ser muy bueno, ¿no? En teoría, cualquiera puede tener una farmacia, pero la realidad no es tan fácil, y la mayoría de las farmacias son de grandes cadenas farmacéuticas o de supermercados. De hecho, este modelo libre hace que tener farmacias en poblaciones rurales sea poco rentable y también diferencia dos tipos de farmacias, las privadas (que eligen ellas mismas el precio del medicamento) y las que operan con el Sistema Nacional de Salud, NHS por sus siglas en inglés. Según un compañero que trabaja en una farmacia privada allí y nos ha comentado un poco cómo funciona el sistema, «Es flipante lo de los *pastudos* con el Ozempic®,(53) Lo de «*amb diners, torrons*»(54) es totalmente cierto. Vas al médico privado,

sueltas la morterada que cuesta y a por la medicación». Bueno, tampoco es muy diferente en España...

Lo que sí que es distinto a las farmacias españolas es la cartera de servicios que se ofrece en las de Reino Unido: desde vacunar hasta sacar cera de los oídos, pasando por inyectar bótox. La condición es que la farmacéutica se acredite en cada una de las especialidades que quiera ofrecer para poder ejercerlas en la farmacia donde trabaja o en las que presta sus servicios como autónoma.

Además, cualquiera que haya ido a Inglaterra habrá tenido la oportunidad de comprobar que se puede comprar ibuprofeno de 200 miligramos o paracetamol en las tiendas de barrio o los supermercados. Así se venden los medicamentos que no requieren prescripción médica y que no se considera necesaria la participación de una profesional sanitaria para dispensarlos, algo hoy en día impensable en España, donde la farmacia es quien tiene la exclusividad de la custodia y dispensación de medicamentos.

Alemania

En Alemania, las funciones de la farmacéutica no difieren en gran medida de las de una farmacéutica en España: atención farmacéutica, dispensación de medicamentos o preparación de fórmulas magistrales. Lo que es diferente es el funcionamiento del sistema sanitario, pues está basado en el modelo Bismarck, con aseguradoras privadas o públicas que prestan los servicios sanitarios a la población y se financian a través de las aportaciones tanto de las empresarias como de las trabajadoras. Nacido en 1883, este modelo también se aplica en otros países, como Bélgica o Austria.[75] Y como este modelo está basado en aseguradoras, cada una oferta la cartera de servicios que cree convenientes para posicionarse mejor y ganar clientas. Es la ley de la oferta y la demanda pura y dura, e incluso algunos servicios básicos, como el transporte en ambulancia, están sujetos a copago.

Las farmacias en Alemania son de titularidad privada y la propietaria ha de ser necesariamente una farmacéutica. El modelo se encuentra a medio camino entre el de España, con un máximo de una farmacia por farmacéutica, y el de Reino Unido, donde hay grandes cadenas que pueden poseer muchas oficinas de farmacia, pues permite hasta un máximo de cuatro farmacias por farmacéutica y no pone límites ni al número de

farmacias por zona ni a la distancia entre ellas. ¡Ah! También está autorizada la transmisión de farmacias mediante herencias.

En cuanto a la prestación farmacéutica, todavía utilizan las recetas en papel, cuyo color varía en función del tipo de medicamento o de si la receta proviene de una aseguradora pública o una privada. Por lo que nos ha contado gente que ha trabajado por allí, son bastante estrictos en cuanto a lo de reclamar la receta a las pacientes se refiere. Como podréis ver un poco más adelante, por estos lares somos un poquito más laxas. ¡Punto para Alemania!

Italia

Hasta hace poco, las farmacias italianas solo podían tener a farmacéuticas como propietarias, pero en agosto de 2017 el Senado italiano aprobó la ley de competencia y, con ella, la liberalización de las boticas,[76] aunque, como en el caso alemán, se estableció un límite de cuatro licencias por titularidad. Este cambio de legislación no sentó nada bien a la Federación de Órdenes de Farmacéuticos Italianos (FOFI), que lo calificó de «amenaza para la red de farmacias italiana y un peligro para la salud de la población», y afirmó que «solo sigue las reglas de mercado».[77]

El sistema sanitario italiano, conocido allí como Servizio Sanitario Nazionale (SSN), suele ocupar puestos elevados en las clasificaciones de los diferentes sistemas sanitarios mundiales según su funcionamiento. El puesto concreto suele variar porque hay tantas clasificaciones casi como países, pero siempre suele ser uno de los mejores. El sistema sanitario funciona con los llamados «tíquets sanitarios», que son una especie de pago directo de los ciudadanos por hacer uso del sistema de salud del Estado; existen diferentes tipos de tíquet en función de la atención sanitaria que se precise, y también los hay para la asistencia farmacéutica.

En cuanto a los medicamentos, conviven dos clases: por un lado, los de clase A, que son los esenciales, que precisan receta médica para ser dispensados y están cubiertos por el SSN, y por el otro, los de clase C, que son los que aquí se conocen como «de venta libre», es decir, los que se anuncian en la tele.

Estados Unidos

Empezamos este apartado allende el océano Atlántico con el modelo de Cuba y lo vamos a acabar también al otro lado del charco pero un poquito más al norte, en la cuna de la libertad y la tierra de las oportunidades, blablablablá... Básicamente en el país que es el paradigma del liberalismo económico. En Estados Unidos, casi toda la sanidad es de titularidad privada, ofrecida por empresas y compañías de seguros, y la cobertura sanitaria depende de que se tenga un seguro privado, por lo general derivado del empleo, con lo cual si te quedas sin empleo, te quedas sin seguro. A la vez, las empresas pueden proporcionar una serie de coberturas adicionales a sus empleados, y, como es lógico, serán las que ellas decidan. ¿Quién no recuerda ese maravilloso episodio de *Los Simpson* en el que Homer se alza como líder de la protesta en la central nuclear para mantener la cobertura dental en su seguro? ¿O el capítulo de la serie *Friends* en el que Joey no puede ir a la médica a tratarse su hernia por encontrarse sin trabajo y no tener un seguro?

Las personas con pocos recursos no tienen más remedio que optar por los seguros públicos Medicaid y Medicare, que no solo dan coberturas ínfimas, sino que para más inri no es que tengan el bolsillo generoso y claro, y muchos hospitales y médicas no aceptan atender a los pacientes que cuentan con ellos. El tercer seguro público por completo, por cierto, es Veterans' Health Care. Visto lo visto, choca un poco que Estados Unidos sea uno de los países que invierte un mayor porcentaje del PIB en sanidad y, sin embargo, sea tan ineficiente que se estima que tiene 45 millones de personas sin cobertura sanitaria.[78] Si queréis saber más sobre el sistema sanitario estadounidense, os recomendamos la entrada de *Politikon*[79] al respecto.

En cuanto a las farmacias, como no podía ser de otra forma en un libremercado tan extremo, tres o cuatro grandes empresas gestionan la mayor parte de las prescripciones de medicamentos. Por otra parte, recordaréis que Amazon® pretende poner en marcha un servicio de venta de medicamentos a través de sus plataformas online y comprar la mayor cadena de asistencia primaria del país. Respecto a la cartera de servicios farmacéuticos, además de la dispensación y el consejo que se presupone, en las farmacias se ofrecen servicios de vacunación o de detección de enfermedades como VIH y hepatitis. Por un módico precio, claro.

Y bien, hasta aquí nuestro periplo por el mundo. Perdonad si ha sido un poco densa la lectura de este apartado, pero dado que abogamos por una sanidad pública en nuestro país, considerábamos necesario

contextualizar el modelo farmacéutico viendo los de otros países de nuestro entorno o no tan cercanos. Y nos hemos dejado bastantes ejemplos, como Francia o, más lejos, Japón y Australia, pero simplemente queríamos transmitiros que los sistemas sanitarios son muy variopintos y que todos tienen sus matices.

Ahora, para relajar un poquito la lectura de nuevo, hablaremos de los dos últimos productos inservibles examinados en el libro. Aunque no hayamos explicado el modelo farmacéutico de Japón, viajaremos a este país para ver una planta milagrosa que sobrevivió a la bomba atómica, y a continuación cogeremos el guante que Olga Ayllón nos lanzaba en el prólogo respecto a los productos para estimular la fertilidad.

El árbol que sobrevivió a la bomba atómica: *Ginkgo biloba*

Puede que a estas alturas del libro penséis que las oficinas de farmacia no son de tanta confianza como creíais, dado que los productos que en muchas ocasiones venden no son de utilidad, y decidáis probar alternativas a base de hierbas o buscar consejo en tiendas que huelen a incienso decoradas con tonos beige y verde. Os adelantamos que hacerlo sería un error por varias razones. La primera es que las farmacias siguen siendo los establecimientos donde adquirir los tratamientos médicos válidos a pesar de los fenómenos de venta cruzada y de todo lo que estamos contando, por lo que, como norma general, si la médica os manda un tratamiento, compradlo en la farmacia. La segunda es que si las farmacias venden un gran número de productos inservibles, en este otro tipo de establecimientos los productos inservibles son el cien por cien de lo que se ofrece, o casi. La casualidad hace que en ocasiones existan productos de características similares que se venden tanto en tiendas con olor a incienso como en oficinas de farmacia. Es el caso del *Ginkgo biloba*, del que hablaremos a continuación.

El *Ginkgo biloba* es un árbol que cobró fama por el hecho de ser una de las especies que crecieron cerca del epicentro de la explosión de la bomba nuclear en Hiroshima años después, aunque no fue la única. Y claro, la oportunidad de convertir este árbol en un producto estrella era inmejorable, ya que para el marketing todo eran ventajas: forma parte de la cultura oriental de curación, resistió a uno de los episodios más terroríficos que hemos presenciado como especie humana y tiene un nombre exótico. Así pues, se hizo famoso también en Occidente, donde se le atribuyeron

diferentes propiedades farmacológicas como vasodilatador, antiagregante, diurético, beneficioso para la memoria y la prevención de la demencia senil, reductor de edemas, etcétera. La característica más importante con que se promociona este producto en la actualidad en nuestro territorio está relacionada con las mejoras de las capacidades cerebrales (memoria, concentración, prevención de la demencia), por lo que veremos la realidad de su eficacia en estos aspectos. El resto de las propiedades tampoco están realmente demostradas, pero no es cuestión de dar la turra explicándolas una por una.

En 2009[80] se publicó la contundente conclusión de un estudio sobre los beneficios del ginkgo contra el deterioro cognitivo y la demencia que afirmaba que la evidencia era «inconsistente y poco fiable». Desde la fecha de dicho estudio hasta la actualidad se han realizado más investigaciones con la finalidad de dar luz al tema, y, a pesar de que en algunos casos se constatan ciertos beneficios, las afirmaciones de sus propiedades siempre conviene «cogerlas con pinzas»,[81] debido a que la calidad metodológica de los estudios que se encuentran englobados en ciertos metaanálisis no es la adecuada y se necesita más información para considerar que el gingko tiene efectos beneficiosos.[82] Es decir, aquellos metaanálisis que concluyen que el consumo de *Ginkgo biloba* puede tener efectos saludables reconocen a todas luces que la calidad del estudio, bien por la metodología, bien por la muestra o bien por cualquier otra razón, no es la deseada para asegurarnos de dichas propiedades. Para acabar, en 2018[83] se analizaron múltiples estudios sobre plantas medicinales usadas tradicionalmente en China, entre ellas el *Ginkgo biloba*, y al igual que sucedía en los anteriores estudios, en este se dice tal cual que «el informe y la metodología de los ensayos fueron generalmente deficientes».

Así que por el momento no parece que el *Ginkgo biloba* (ni la mayoría de las plantas medicinales chinas) mejore los problemas cognitivos o de otra índole que se dice que las propiedades mágicas de su extracto resuelven. Sabemos que muchas de las sustancias que componen los medicamentos que tiempo atrás se extraían de plantas, como el ácido acetilsalicílico (que os sonará más por el nombre de su marca comercial Aspirina®) procedente de la corteza de sauce o la morfina obtenida del opio, o incluso algunos antitumorales, aunque la mayor parte de los medicamentos ahora se obtienen por síntesis química. Aun así, una cosa es estudiar con metodología científica los componentes de ciertas plantas, como hace la farmacognosia, y otra muy diferente atribuirle propiedades

milagrosas a cualquier vegetal con una historia romántica, como la del *Ginkgo biloba* y la bomba atómica.

¿Tus muchachitos necesitan un empujón?

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 2018,[84] casi el 80 % de las mujeres entre veinticinco y veintinueve años no ha tenido hijas, y más del 90 % de los hombres menores de treinta años tampoco. Las dificultades de las jóvenes para emanciparse y estabilizarse laboral y económicamente y la falta de conciliación del trabajo y la familia son algunas de las causas de mayor peso de la bajada de la tasa de natalidad en España. Es muy difícil conseguir antes de los treinta una estabilidad suficiente en la vida que permita a las jóvenes plantearse tener descendencia. Y cuando esto se logra, pasados los treinta y rondando los cuarenta, los problemas biológicos son los que entran en acción. La fertilidad empieza a decaer y, con ello, las probabilidades de éxito de la fecundación al estilo más clásico. Entonces comenzamos a buscar soluciones y, dado que las clínicas de fecundación son supercaras y en la sanidad pública las esperas complican más las cosas, vamos a la farmacia a preguntar si hay algún remedio que ayude a concebir un bebé. Algo tendrán.

En nuestro prólogo, Olga nos contaba de forma breve el miniexperimento de campo que realizaron ella y su pareja, Julio, acudiendo a las boticas a solicitar ayuda para tener una hija. Muchas de las marcas que comercializan vitaminas para el embarazo, la lactancia o para el «preembarazo» también disponen de productos que recomiendan para mejorar la fertilidad masculina. Una de las marcas comercializa un producto orientado a la capacidad reproductiva del hombre con la coletilla «men» (hombres en inglés) después de su nombre comercial, cuyos dos principales componentes son, entre otros, astaxantina y DHA. Digo entre otros porque en la web de la marca se mencionan el selenio y el zinc con la frasecita famosa de «contribuye al normal funcionamiento de...», que viene a decirnos básicamente nada, ya que cualquier micronutriente, vitamina o mineral que sea vital o sea necesario para el funcionamiento de cualquier sistema biológico contribuye a su normal funcionamiento. Decir esto es una perogrullada, pero sirve para dar caché al producto en cuestión. Ahora veamos qué son la astaxantina y el DHA.

La astaxantina es un carotenoide, el que da su color característico a los moluscos y al salmón,(55) al que se le atribuyen diferentes propiedades beneficiosas, como prevención del cáncer, alivio de las enfermedades de la piel, prevención de los problemas cardiovasculares, progresión en el tratamiento ocular, mejoras en pacientes con síndrome metabólico y aumento de la fertilidad masculina.[85] Muchas de estas funciones derivan de la acción antioxidante, acción que ejercen también las vitaminas E y A (esta última se clasifica como carotenoide, igual que la astaxantina). Sin embargo, si nos fijamos en el estudio de López y Mach, en la tabla que recoge los datos sobre las investigaciones acerca de la astaxantina vemos que el muestreo de los estudios realizados no pasa de las cuarenta personas (salvo alguna pequeña excepción). En cuanto a la fertilidad masculina, que es para lo que se vende el suplemento, este se ha probado solo en veinte personas de forma controlada, lo que lleva a las mismas autoras a decir que «se necesitan más estudios clínicos con humanos».

Además, el estudio en el que se basan las recomendaciones de administrar astaxantina para la mejora de la fertilidad se realizó en 2005 con una muestra de treinta hombres,[86] y en él se reconoce, asimismo, que los resultados deben ser confirmados y que el tratamiento debe ser complementario. Lo de siempre: puedes tomarte esto, pero los tratamientos de verdad síguelos también, por favor. Un último apunte: los estudios más recientes no pasan del testeo en ratas, a las cuales no solo les administran astaxantina, sino también una restricción de la dieta y el aumento del consumo de vitaminas E y C.[87]

Respecto al ácido docosahexaenoico (DHA) seremos un poco más breves. Es comúnmente conocido como omega-3, a pesar no ser el único ácido graso de este tipo,(56) y necesitamos obtenerlo de los alimentos. Este ácido graso se encuentra en el pescado azul, las semillas y las algas sin necesidad de acudir a ningún suplemento alimentario, lo que hace que estos sean del todo innecesarios. En cuanto a su papel en la fertilidad, mencionaremos el metaanálisis realizado en 2019[88] que analizaba varios suplementos utilizados para el tratamiento de la infertilidad masculina (incluyendo el DHA) y que concluye, al igual que los anteriores, en que la evidencia es insuficiente y se precisan más estudios con muestras más representativas, que viene a ser lo mismo que decir que no han demostrado ser eficaces para nada de lo que dicen serlo, pero con mucho tacto.

Y como hemos introducido este apartado con una anécdota de Olga y Julio, vamos a acabar con otra anécdota, en este caso nuestra, de Felipe en

concreto. Resulta que Felipe estaba en una farmacia trabajando y entró una pareja con un papelito que les habían dado en una clínica privada, la receta de un producto para mejorar la fertilidad masculina. Costaba casi 80 euros la caja, y, como es lógico, le preguntaron a Felipe: «Esto que lleva ¿funciona?». ¿Y qué respondió él? Pues: «Esto lleva más o menos lo mismo que una ensalada con pollo, frutos rojos y aceite de oliva», y que «nada de esto ha demostrado ser eficaz para combatir la infertilidad masculina». La cara que puso la pareja fue curiosa, entre de incredulidad y de no estar muy conformes en gastarse 80 euros en una ensalada de pollo gourmet. «¿Y qué nos recomiendas entonces?». «Vamos a ver... Confiad en la naturaleza, y para ti, campeón, una famosa bebida energética,(57) que lo vas a necesitar. Y si eso no funciona, tendréis que poneros en contacto con profesionales en fertilidad de verdad». La pareja se fue de la farmacia riendo por la conversación mantenida. Regresaron varios meses después, y ella estaba embarazada.

6

Casos aislados

¿Has terminado ya? Porque me importa una mierda lo que sepas o no sepas... Te voy a torturar de todos modos.

SEÑOR RUBIO (MICHAEL MADSEN),
en *Reservoir Dogs*

Las redes sociales han supuesto un elemento capital para poner en contacto a personas que, pese a no conocerse físicamente, comparten ciertas características, como, en este caso, ser trabajadoras en una farmacia. En las redes sociales hay de todo, titulares y empleadas de farmacia, pero empezamos a observar a muchas trabajadoras quejándose de sus condiciones laborales, de abusos y de presiones, y a muchas titulares diciendo que esas situaciones no eran la normalidad, sino casos aislados, y que publicándolas lo que se hacía era desprestigiar a la profesión.

El ámbito laboral no es ajeno a las relaciones de poder, la jerarquía y la desigualdad, como explica Elizabeth S. Anderson, profesora de filosofía y estudios de género, en su libro *Private Government: How Employers Rule Our Lives (and Why We Don't Talk about It)*. En el ámbito laboral, a pesar de haber una relación contractual, la negociación y el reparto de poder no es entre iguales, sino entre una empleadora y una subordinada, y Anderson sostiene la teoría de que los centros de trabajo son un gobierno privado, a veces incluso dictaduras.

Entender este equilibrio de poderes ha de servir para mirar con cierta perspectiva los numerosos relatos de casos reales que nos han hecho llegar trabajadoras de oficina de farmacia, técnicas, auxiliares y farmacéuticas, de todos los rincones del país (no hemos podido incluirlos todos en el libro por una cuestión de espacio). Cualquier trabajadora ha pasado en algún momento por experiencias parecidas a las narradas, que no son exclusivas de las oficinas de farmacia, que quede claro. Se dan en mayor o menor

medida en casi todos los empleos, ya que, como decíamos, están basados en un desequilibrio en la distribución de fuerzas entre empleada y empleadora. Por desconocimiento de los derechos laborales básicos o de los convenios colectivos, o porque tenemos que tragar para poder llenar la nevera, seamos o no trabajadoras de oficina de farmacia, todas hemos vivido casos similares a los que veremos unas líneas más adelante.

En su día lanzamos un llamamiento a toda la gente que nos leía o que estaba en grupos de redes sociales relacionados con el trabajo en farmacias para que nos contara sus experiencias. Nuestra intención era ver si estos problemas eran puntuales o eran la norma, si eran casos aislados y #NotAllTitulares(58) o si, aunque es obvio pensar que no todas son así, son #BastantesTitulares.

La respuesta fue abrumadora. Mucha gente nos explicó sus vivencias, los abusos sufridos y demás situaciones (algunas realmente inverosímiles) que se dan en oficinas de farmacia. En el libro, por desgracia, no había espacio para todas, así que, si nos leéis y no os encontráis, queremos pediros disculpas. Hemos tenido que seleccionar las más representativas y algunas que sorprenden por ser raras, raras, raras, siempre tratando de respetar al máximo la literalidad de lo que nos habéis mandado, haciendo los mínimos cambios posibles para adaptarlas al formato del libro.

Queremos agradecer desde aquí vuestra colaboración en este proyecto que pretende, de forma humilde, dar voz a toda esa gente que se ha visto en claras situaciones de abuso de poder e incluso ha sufrido el incumplimiento de los mínimos legales establecidos en un convenio colectivo o la propia legislación farmacéutica. Aclaramos también que por respeto a la confidencialidad de estas personas solo publicamos su nombre de pila, y, a petición de las afectadas, en algunos casos, ni eso. Que este mundo es muy pequeño y el miedo a las represalias existe.

Tras los casos que lo requieren hemos añadido una breve explicación para aclarar pequeños matices legales o de funcionamiento de las farmacias, y hemos agrupado los casos que guardan cierta relación para poder explicarlos al mismo tiempo. Todos los relatos se presentan en un recuadro para separarlos del texto y hacer más sencilla la lectura y la comprensión de este capítulo.

Ahora, sin más, vamos a ello.

De derechos laborales

Las violaciones flagrantes del convenio colectivo de oficinas de farmacia son uno de los problemas que más nos han reportado las compañeras que nos han escrito. Un convenio colectivo es un acuerdo de mínimos alcanzado por representantes de la patronal y las trabajadoras, donde se recogen las obligaciones y derechos que deben cumplir y respetar las dos integrantes de un contrato laboral: la empresa y la trabajadora. Queremos hacer desde aquí un llamamiento a todas las trabajadoras: es obligatorio conocer tu convenio colectivo para poder saber cuáles son tus derechos y tus obligaciones dentro de tu ámbito laboral, porque nos consta que muchas veces se cometen abusos en cuanto a los derechos laborales se refiere simplemente porque la trabajadora los desconoce. Esto no solo se aplica a las oficinas de farmacia, sino a cualquier tipo de trabajo. Cuestiones como los periodos de prueba o los días de asuntos propios están recogidos en el XXIV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia, y para los que no lo están, hay que acudir directamente al estatuto de las trabajadoras. Queremos decir, asimismo, que los representantes de la patronal (FEFE) y los sindicatos UGT y UTF (CCOO lo ha rechazado) acaban de firmar el XXV Convenio,(59) el cual ha provocado la crítica de los sindicatos de farmacéuticas adjuntas, como FEFANE, porque apenas modifica el convenio anterior: establece más horas anuales, mayor salario y dos días de asuntos propios, pero no toca artículos injustos como la necesidad de preavisar a la empresa con 90 días de antelación si quieres dejar el trabajo (en cualquier otro empleo el periodo de antelación es de quince días), con perjuicio económico para la trabajadora si no cumple este plazo (que tenemos serias dudas de que sea legal, puesto que por el principio de jerarquía normativa, un convenio colectivo no debería empeorar lo dispuesto en el estatuto de trabajadoras aunque las farmacéuticas sean «personal de difícil sustitución»), o que trabajar el 25 de diciembre o el 1 de mayo no tenga ningún tipo de compensación económica por ser festivo en las farmacias que abren 365 días al año.

Loreto: Me despidieron cuando nació mi primer hijo porque no tenía familia en la ciudad donde vivía. Jamás hay días de asuntos propios, no se pagan los días de sustitución, aún no he cobrado la subida de este año.

Según el XXIV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia, las trabajadoras tienen derecho a un día de asuntos propios, si bien que se lo concedan es otro cantar. Muchas personas ni siquiera lo solicitan para evitar las malas caras o porque no quieren «ponerse a malas». La subida anual a la que Loreto hace referencia viene dada por la caducidad del citado convenio colectivo, que todavía se encuentra en ultraactividad (esto es, para entendernos, caducado pero en vigor) y que contempla subidas de salario anuales, aunque existe la posibilidad de no incluirlas en la nómina hasta que no haya una notificación en firme de dicha subida. Situación que se produjo con la publicación en el *BOE* del 15 de noviembre de 2021 la disposición siguiente: «Tomando como referencia el artículo 3.4 del XXIV Convenio colectivo para oficinas de farmacia, la comisión paritaria acuerda incrementar un 2 % anual para cada uno de los años en los que el PIB del año anterior haya sido superior al 1 %. En consecuencia, para cada uno de los años 2017, 2018, 2019 y 2020 tendrán una subida del 2 % respectivamente y del 0 % para el 2021», que obligaba a «Una vez publicadas [las tablas salariales] en el *BOE*, las empresas afectadas por este acuerdo dispondrán de 30 días naturales para actualizar las cantidades adeudadas».

Kike: Estuve trabajando en una farmacia de larga tradición en Teruel capital, y me tuvieron quince días a prueba trabajando en negro, y cuando me pagaron ese medio mes, aparte de pagármelo muy mal (700 euros), me dijeron que diese gracias a que no me habían aplicado las retenciones, cuando el caso es que no había contrato, luego no había lugar a aplicar retenciones.

El caso de Kike es, como se dice en Valencia, de traca. ¿Cómo va a haber retenciones en la nómina si no hay contrato ni nómina? Lo de «contratar en B» queremos creer que se da con poca frecuencia en el mundo de las oficinas de farmacia, aunque es bastante común en agricultura o en hostelería. No deja de ser una práctica ilegal mediante la cual la empresaria aprovecha las necesidades económicas de las trabajadoras para ahorrarse unos euros.

Dani: Una pobre auxiliar de veinte años se quedó todo un año sin vacaciones porque mi jefe le vendió el rollo de que no tienes vacaciones hasta que no llevas un año trabajado. Siempre me arrepiento de no haberla aconsejado, pero yo también era nuevo y recién licenciado, y no me atreví.

Preguntar a las farmacéuticas en las entrevistas de trabajo si tienen novio o si tienen previsto tener hijos próximamente es también muy habitual. Las guardias de noche por 50 euros pagados en negro, hechas por estudiantes o por gente ajena a la farmacia, son igual de habituales.

Esto que nos cuenta Dani es un claro ejemplo de desconocimiento de los derechos laborales, porque a pesar de no haber cumplido un año natural en el puesto de trabajo, se generan vacaciones de manera proporcional al tiempo durante el que se haya tenido una relación contractual con la empresa. Y lo de preguntar sobre situaciones personales en las entrevistas de trabajo es ilegal a todas luces, y pone de manifiesto la diferencia de estatus entre empleadora y empleada. Muchas veces tragas y contestas estas preguntas porque necesitas el trabajo. Sobre el tema de las guardias hay que decir que, con la legislación farmacéutica vigente, siempre ha de haber una farmacéutica en la oficina de farmacia, por lo que en las guardias, cuando normalmente solo hay una persona, esta ha de ser graduada en farmacia. Las técnicas o estudiantes no pueden hacer guardias si no están acompañadas de una farmacéutica. Lo de pagarlas en negro se cuenta solo.

Gemma: Mientras trabajaba en una de las farmacias en las que he estado, me llamaron del hospital porque mi padre estaba muy grave. No pude ir porque la titular vivía en otra comunidad y no podía dejar la farmacia solo con la técnica. En otra, nos vigilaban con una cámara y nos llamaban por teléfono si hablábamos entre nosotras.

Recuerdo también que en una ocasión me pidieron un trabajo documentado sobre el citocromo P450 y sobre las lentillas y los colirios. Resulta que la dueña pensaba que teníamos demasiado

tiempo libre, y me dijo que, cuando acabara los pedidos, o si no en casa, tenía que hacer un trabajo como en el cole sobre todos los medicamentos que interfieren con el citocromo P450. Cuando lo hice me mandó otro sobre colirios y lentillas, indicando cuáles teñían. Me daba un plazo de tiempo para entregárselo, y nada, pues ya sabes, arial 11.(60)

Slavena: En una farmacia 24 horas, cuando dije que habían sedado a mi madre porque se estaba muriendo, la contestación fue: «Bueno, pero ¿vienes el domingo a trabajar? Que, si no, tengo que molestar a una compañera». No me dieron vacaciones en dos años(61) y me las pagaron en mano (en B).

El punto 2 del artículo 27 del XXIV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia dice así:

> 2. El personal, previo aviso, podrá ausentarse del puesto de trabajo con derecho a remuneración por el tiempo y causas que a continuación se establecen:
>
> a) En caso de fallecimiento de ascendientes y descendientes hasta el segundo grado, cónyuge o hermano, ya sea por consanguinidad o por afinidad, tres días naturales. Cuando con tal motivo el empleado necesite hacer un desplazamiento al efecto, el plazo será de cinco días.
>
> b) Por accidente o enfermedad grave, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario del cónyuge o de parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, cinco días naturales que podrán ser prorrogados.

Volvemos a dejar constancia de la importancia que tiene que la trabajadora conozca su convenio colectivo para poder manejar situaciones como las vividas por Gemma y Slavena. Sobre las cámaras, la ley permite grabar imágenes en el puesto de trabajo incluso sin el consentimiento de las empleadas, pero con la obligación de informar de ello. El uso de estas imágenes debe obedecer a un principio de proporcionalidad. El problema, claro está, es definir qué es proporcional y qué no. Respecto al caso que nos

cuenta Gemma, la grabación, más que la ilegalidad, roza la cutrez y, por qué no decirlo, bordea el acoso.

El asunto de mandar ejercicios para casa no es ni cutre. Es ridículo. El tiempo de las empleadas una vez salen del trabajo es suyo, para su uso y disfrute, y estas no tienen la obligación de dedicarlo al trabajo, aunque continuamente tenemos noticias y conocemos casos de mails, wasaps y llamadas fuera del horario laboral. Con todo, como expresa Gemma con la frase llena de resignación «Ya sabes, arial 11», muchas veces toca tragar para trabajar.

Respecto a la cuestión de cobrar en negro y no retribuir las vacaciones, algo también bastante común en el ámbito laboral, ya hemos hablado anteriormente.

Alejandro: En la última farmacia en la que estuve hacía 70 horas de guardia a la semana contando las noches y me querían pagar 250 euros de más solo. Me acabaron pagando en especie (con un piso del que no pago alquiler, y aun así pierdo dinero), y cuando dije, por una disputilla que tuvimos, que las guardias estaban mal pagadas, me contestó que, si no, las guardias no le salían rentables. El otro día me pidió que trabajase en festivos a cambio de días laborables libres, uno por uno.

Cuando se compensan las horas extraordinarias festivas, estas tienen un valor de dos horas de trabajo, según el artículo 24 del convenio colectivo. No se puede «pagar en especie», y que las guardias no salgan rentables por pagarle a una empleada lo que le corresponde por hacer su trabajo tiene fácil solución: que las haga la empresaria.

Carla: Empecé con el horario de la técnica en farmacia (40 horas) y cayéndome guardia la primera semana. Lunes, 8 horas partidas más guardia de noche. Martes, empalme de otras 8 horas de jornada partida, sin guardia. Miércoles, 8 horas partidas más guardia de nuevo. Jueves, repetición del martes, y viernes, repetición del lunes y miércoles. Por supuesto, el sábado por la mañana también

trabajé. Calcula las horas semanales... No recibí absolutamente nada, económicamente hablando, ni libré. Hubo una semana en que llegué a hacer cuatro guardias porque cambiaba el horario de técnica por el de una farmacéutica, y esa semana trabajé 96 horas.

Prefiere no decir su nombre: Antes de aceptar una oferta de trabajo calculé las horas que me tocaba hacer a la semana. Hacía 8,5 horas más semanales. Al preguntar cómo se pensaban compensar esas horas semanales, el siguiente wasap que recibí fue para decirme que habían surgido «circunstancias» que hacían que no pudieran contar conmigo.

Estos dos testimonios, el de Carla y el anónimo, los hemos puesto juntitos porque vienen a expresar algo bastante habitual en este mundillo: el hecho de pedir y a veces exigir a las empleadas que trabajen horas de más, pero sin pagarlas. Bastante habitual también fuera de la oficina de farmacia y que sobra decir que es ilegal. Si quieren que se trabaje de más, que se pague de más.

Cristina: Te comento algunas de las situaciones que he vivido estos años como adjunta, algunas de ellas ya las había hecho públicas porque son tela.

Tema horarios y salario: En una farmacia que abría 365 días al año, los turnos eran siempre los mismos, una semana de mañanas, de lunes a domingo, y la siguiente de tardes, de lunes a viernes, por lo que te tiras trabajando doce días seguidos. En esta farmacia no te pagaban los festivos ni los domingos, todos los días valían lo mismo, como un lunes cualquiera. En otra farmacia que abría 12 horas diarias, la titular se iba los jueves a su pueblo y me dejaba a mí a cargo (siendo la única farmacéutica adjunta, junto con dos técnicos), por lo que tenía que estar en la farmacia el jueves 12 horas, el viernes 12 horas y el sábado de nueve a dos, asumiendo todas las

responsabilidades sin ninguna remuneración extra.

En otra farmacia hacíamos media hora menos todos los días, pero a cambio teníamos que trabajar los días de guardias festivos sin ninguna remuneración extra. En cuanto a los salarios, ninguna de las farmacias en las que he trabajado tenía las tablas salariales actualizadas. Al principio, yo no era consciente de esto y no lo reclamé; en la última farmacia sí lo hice, y me costó varios meses de conflictos con la titular.

En las farmacias que abren todos los días del año no existen festivos. Cualquier día vale lo mismo que otro. Está recogido en el convenio colectivo, pero, aunque legal, no deja de ser profundamente injusto.

Además, una farmacéutica adjunta no puede estar sola en la farmacia sin la farmacéutica titular o sustituta. El problema es que el plus que hay que pagar en nómina a una sustituta es superior en más de 60 euros mensuales al plus de la adjunta (digamos que son dos estatus laborales distintos), con lo cual a casi todas las farmacéuticas las hacen adjuntas, a pesar de que así se generen situaciones ilegales a menudo, como la de este caso, en que la adjunta se queda sola con dos técnicas.

Ya hemos hablado del conflicto que en numerosas ocasiones se crea por solicitar el día de asuntos propios que según la ley corresponde a las trabajadoras de oficinas de farmacia o al reclamar la legítima subida de salario. El caso de Cristina es un buen ejemplo de esto último.

Alba: Comencé en una farmacia sin ninguna experiencia. Para mí fue una alegría poder empezar a trabajar de lo que había estudiado y que optasen por mí sin tener experiencia en el sector. Me hicieron un contrato de prácticas, del cual solo cobraba el 90 %. Mi horario era de 9 horas cada día más 4 horas el sábado, y no libraba ningún sábado.

Mi exjefe me decía que como no tenía experiencia y me había dado esa oportunidad, las horas que hacía de más eran para aprender. Sin cobrar, claro. En esos momentos lo acepté, no tenía experiencia y no quería que no me cogiesen, y ellos supieron aprovecharlo bien. Cuando llegó Semana Santa, el Sábado Santo era

día libre por convenio, me obligó a ir a trabajar sin cobrar la extra. Todos los días había broncas porque sí, no podíamos sentarnos, ni hablar con las compañeras, aunque fuese de algo relacionado con el trabajo. Siempre teníamos que estar ocupadas, había cámaras por todos lados, así que estábamos muy controlados.

El nivel de estrés era máximo, todos los días cuando me levantaba me preguntaba: «¿Qué bronca me darán hoy?». Llegué a no querer ir a trabajar, entonces fue cuando decidí dejarlo, por mi salud mental. Aguanté un año, justo la duración del contrato, y le avisé con diez días de antelación que no iba a renovar. Esos últimos diez días fueron peor que en el infierno, con el doble de trabajo y más broncas, incluso delante de pacientes que tuvieron que defenderme.

Una auténtica vergüenza. No se lo deseo a nadie.

¿Qué más se puede decir? Se suman horas extras no pagadas a un trato humillante y vejatorio. Sin palabras.

Prefiere no decir su nombre: Hace un año cambié de oficina de farmacia después de unos doce años en la misma, por ampliación de horario y porque me amenazaron verbalmente, si no aceptaba trabajar festivos y domingos, cuando mi contrato era de lunes a sábado, con ponerme todos los sábados del año mañana y tarde, sin descanso. Además, no me pagarían nada por esos domingos fuera de lo que establecía mi contrato.

Lo más grave era que, al ampliar el horario, se fue la única farmacéutica contratada. La sustituyeron por una técnica y el colegio no hizo nada. Había otra farmacéutica, pero sin contrato.

Hablaron con una persona para que nos hiciera compañía y no nos sintiéramos solos, evitando miedos a atracos o robos, ya que en momentos como los fines de semana estábamos solos, independientemente de nuestra titulación. Era una persona a la que le propusieron darle un dinero en B mientras estaba allí presente. No atendía en el mostrador, siempre estaba en la parte de fuera, en la parte de los clientes, y no realizaba ningún trabajo, solo estar por si

había alguna «complicación» con algún cliente, a modo disuasorio.

Habría que examinar en profundidad el contrato de esta persona que nos escribe, pero el artículo 41 del Estatuto de los Trabajadores dice: «La dirección de la empresa podrá acordar modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo cuando existan probadas razones económicas, técnicas, organizativas o de producción. Se considerarán tales las que estén relacionadas con la competitividad, productividad u organización técnica o del trabajo en la empresa. Tendrán la consideración de modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo, entre otras, las que afecten a las siguientes materias: [...] *b*) Horario y distribución del tiempo de trabajo». De modo que sí, se pueden cambiar los horarios cuando hay determinados motivos, bastante ambiguos, por otra parte. En cualquier caso, la trabajadora, si se cambian las condiciones de trabajo, tiene derecho a rescindir el contrato y a percibir una indemnización de 20 días de salario por año trabajado hasta un máximo de nueve mensualidades.

Lo que viene después ya es otro cantar. Vamos a enmarcarlo en este bloque de derechos laborales para mantener la coherencia del testimonio, aunque es una cuestión más específica de legislación farmacéutica. En la oficina de farmacia siempre ha de haber una farmacéutica, por lo que una técnica en farmacia no puede suplirla. «El colegio no hizo nada», dice la compañera refiriéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticas de su provincia. Para entender que ocurra esto simplemente hay que darse una vuelta por los cincuenta y dos colegios oficiales que hay en nuestro país y ver la dedicación de sus presidentas o de quienes forman sus órganos de gobierno. A nadie le sorprenderá que descubráis que la inmensa mayoría de estas personas son titulares de oficinas de farmacia y, como se suele decir, entre bomberos no nos pisamos la manguera. En otras palabras, una farmacéutica colegiada que tenga un problema con una titular de farmacia puede acudir a su colegio oficial buscando asesoramiento legal, pero lo más probable es que se encuentre con que el colegio lo preside una titular de farmacia, cuyas simpatías recaerán más bien en la persona que genera ese problema. Es decir, la tiene que defender la persona que le causa el problema o una amiga de esta.

Carmen: En mi primera farmacia trabajaba de lunes a sábado, con jornada partida (sábado hasta mediodía) por 1.100 euros brutos. Aguanté un año y medio, y posteriormente me volvieron a llamar ofreciéndome «mejoras», 1.200 euros brutos con un sábado y la tarde de un viernes libres al mes. Evidentemente les dije que no. Por no hablar de las malas prácticas, por ejemplo, sacar medicamentos de las tarjetas de los pacientes sin que lo supieran, vender medicamentos sin cupones precintos, etcétera.

Otra de las farmacias en las que estuve nos cambiaba el horario según le daba la gana (más o menos cada dos o tres semanas), y decidía ampliar o disminuir el horario de la farmacia a su conveniencia, sin avisar al colegio. Cuando me despidió, después de un año y ocho meses, me quería dar de finiquito cero euros.

Y la última en la que he trabajado abría todos los días del año 12,5 horas diarias. Las técnicas trabajan 12 días seguidos con el fin de semana en jornada partida, y las farmacéuticas trabajábamos 10 días seguidos con 4 días de descanso. El fin de semana que nos tocaba trabajar echábamos 25 horas en dos días. Esta también nos cambiaba el horario según le parecía.

Y por último una buena. Allí estuve haciendo solo una sustitución por baja maternal, pero la titular era lo mejor que me he encontrado. Pagaba los festivos, las nocturnidades y todo lo extra que hicieras. Aparte, a final de mes nos daba un 2 % de lo que se hubiera ganado en parafarmacia. Esa es la mejor farmacia en la que he estado.

Otra farmacia que lo de pagar a sus empleadas lo que toca lo lleva *regulinchi.* Habría que ver el contrato de Carmen, porque según el convenio no se le puede pagar eso a una farmacéutica. Es posible que le hicieran un contrato de auxiliar. Estas cosas a veces pasan: se buscan farmacéuticas, pero se les hace un contrato de auxiliar para ahorrarse unos buenos euros, y como hay personas que necesitan el trabajo, aceptan sí o sí. Sobre las malas praxis hablaremos un pelín más adelante.

Por lo general, los horarios de las oficinas de farmacia se notifican de año en año y han de mantenerse estables durante todo este periodo. En algunas comunidades se puede solicitar al colegio de farmacéuticas una

modificación puntual del horario.

¡Y por fin una buena experiencia! De verdad, nos alegra leerla, aunque, si bien sabemos que no todo el mundo es igual y que por supuesto hay gente buena entre las empleadoras, no deja de llamarnos la atención, convencidos como estamos de que el trato con la trabajadora en el día a día sería el correcto, se resalte como algo para contar que la empleadora ¡pagaba lo que por ley habría que pagar! Salvo ese 2 % de bonificación por ventas en parafarmacia, que, incluso percibida como un beneficio por quien la recibe a final de mes, no es sino fruto de lo que venimos denunciando en este libro: la mercantilización del modelo farmacéutico.

Prefiere no decir su hombre: Estuve hace años en una farmacia de Granada que abría las 24 horas del día en la que todas las trabajadoras éramos farmacéuticas, y nada más entrar pensé: «¡Jolín, qué bien, cómo nos valoran!». Resulta que tenían un convenio propio en el que el sueldo base eran 1.000 euros, y nuestra representante sindical era la mujer de la limpieza. Para flipar. Era mi primer trabajo en la ciudad y no quise irme por las malas, pero en cuanto pasaron los seis meses de mi contrato salí pitando. En aquella farmacia, las cosas se hacen muy mal. En cambio, ahora estoy en otra muy contenta.

Te puedo contar más cosas que se hacían en esa farmacia. Como no dar los meses de baja por maternidad o paternidad y compensarlos con el mes de vacaciones, o echar a los empleados al paro directamente. No nos pagaban ningún plus por nocturnidad. No sé si eso es legal, según ellos era porque al ser 24 horas todas las horas y días eran iguales.

El convenio propio de esta farmacia está publicado en la página 3 del *Boletín Oficial* de la Provincia de Granada, del viernes 24 de mayo de 2019. Si alguien duda de este testimonio puede leerlo allí. Y sobre la modificación de las condiciones del convenio colectivo por parte de una empresa que pertenece a este sector, el artículo 82 del Estatuto de las Trabajadoras dice: «3. Los convenios colectivos regulados por esta ley obligan a todos los empresarios y trabajadores incluidos dentro de su

ámbito de aplicación y durante todo el tiempo de su vigencia». La cuestión es que vuelve a aparecer una coletilla: «Sin perjuicio de lo anterior, cuando concurran causas económicas, técnicas, organizativas o de producción, por acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores legitimados para negociar un convenio colectivo conforme a lo previsto en el artículo 87.1, se podrá proceder, previo desarrollo de un periodo de consultas en los términos del artículo 41.4, a inaplicar en la empresa las condiciones de trabajo previstas en el convenio colectivo aplicable». El problema en este caso sería justificar esas causas económicas que menciona el citado artículo, ya que, en el mismo estatuto, el artículo 3.5 dice: «Los trabajadores no podrán disponer válidamente, antes o después de su adquisición, de los derechos que tengan reconocidos por disposiciones legales de derecho necesario. Tampoco podrán disponer válidamente de los derechos reconocidos como indisponibles por convenio colectivo». Es decir, aunque haya acuerdo por las partes, este acuerdo podría ser declarado nulo ya que es casi seguro que implica la renuncia por parte de la trabajadora a derechos reconocidos. Pero, claro, ¿quién quiere meterse en juicios y demás fregados? Lo normal es salir huyendo de allí como hizo esta persona en cuanto pudo.

Respecto a la duda sobre la legalidad de no pagar plus por nocturnidad, por mucho que, según el convenio, todos los días del año sean iguales en una farmacia que abre los 365 días del año, la nocturnidad hay que pagarla igualmente. ¡Menuda joya de farmacia! Como no les basta con tener un convenio propio que les permite cicatear a las facultativas unos 900 euros al mes, les escatiman los poco más de dos cochinos euros por hora que supone el plus por nocturnidad.

María José: Un jefe me despide de hoy para hoy porque le advierto educadamente de que, aunque seamos sus empleados, no nos puede gritar ni faltar el respeto de manera continua. En el momento del despido le dije que me echaba por algo que él había hecho mal, no porque yo como empleada hubiera cometido un error, y me contestó: «Lo sé, este es tu finiquito».

Bueno, esto no es que sea ilegal *per se*, pero es otro ejemplo de las

consecuencias de las diferentes relaciones de poder que Elizabeth S. Anderson explica en su ya mencionado libro. Suponemos que la historia acabaría con finiquito por despido improcedente y siguiendo cada una su camino.

Lorena: Lo primero, gracias por querer dar visibilidad a los problemas con los que nos encontramos día a día en las farmacias. Empiezo.

Llevo dieciséis años trabajando en la misma farmacia, durante los primeros nueve años, como yo no tenía cargas familiares, dejaba que mi compañera y mis jefes cogieran vacaciones y yo me quedaba con lo que fuera. La verdad es que me daba un poco igual. En junio de 2015 fui mamá, por lo tanto estuve de baja maternal todo el verano, y a eso le uní el mes de lactancia y el mes de vacaciones. Me tenía que incorporar a primeros de diciembre.

Mi hijo nació con un pie zambo, lo que le supuso estar sus primeros tres meses de vida escayolado, yendo al hospital casi todas las semanas, y en septiembre yo empecé con una fuerte depresión posparto. Mis jefes eran conocedores de todo esto. En noviembre, mi marido me preparó un fin de semana en la sierra para desconectar de todo, estaba deseando que llegara el momento y tener un poco de paz. Unos días antes mis jefes me preguntaron si podía ir a trabajar ese fin de semana, pues tenían un viaje planeado y la chica que me estaba cubriendo se iba antes de lo previsto. Les expliqué que no podía ser, les conté todo lo que teníamos previsto hacer, y su cara iba cambiando por momentos. Ante mi negativa, su respuesta fue: «Ya no estás de baja por maternidad, estás de vacaciones y, después de que te hemos dado el mes de lactancia y llegado a un acuerdo con tu reducción, lo mínimo que podrías hacer es venir».

En ese momento entendí que no les importaba una mierda todo lo que yo había pasado y que solo les interesaban sus cosas. Durante mucho tiempo me dolió e incluso me sentí mal por no haber ido a trabajar ese fin de semana, pero también entendí que nadie que no fuera yo iba a mirar por mí. Y esa es una de las muchas que te podría contar. Muchas gracias por darme la oportunidad de desahogarme.

La reducción de jornada por cuidado de menores y el periodo de lactancia no te los da nadie. Son derechos recogidos en el Estatuto de los Trabajadores, al que se remite el artículo 27 del XXIV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia. Lo mismo pasa con las vacaciones. Si tienes una empresa y te quieres ir de viaje, no debes socavar los derechos de tus empleadas ni los planes que han hecho para su tiempo libre.

Noa: Trabajaba en una farmacia de barrio en Narón, al lado de Ferrol.(62) En aquellas que yo tenía un novio, que había estudiado historia y estaba en el paro. Cuando acabé la carrera me fui a vivir con él, a mis padres les pareció muy bien, siempre y cuando me lo pagase yo. Era lo justo. Me fui a trabajar a esa farmacia porque estaba en otra en la que me explotaban y el padrino de mi novio me dijo que un amigo suyo buscaba farmacéutico.

Me contrató al terminar la entrevista. Me ofreció unos 300 euros más que el convenio. El primer mes me entregó los 300 euros en mano, y ya nunca más me dio ese dinero hablado y pactado. Como yo era la única que trabajaba, le pedí si podía hacer yo las guardias para sacarme un dinero, la verdad, muy necesario.

Cada mes había tres o cuatro guardias y, joder, me pensaba sacar un buen dinero. Me dijo que la guardia tenía que ser de 17.30 a 9.30 del día siguiente, dieciséis horas.

Al terminar el mes había hecho tres guardias, y me las pagó en mano y en B. ¿Sabéis cuánto? Pues 300 euros, 100 euros por guardia, 6,25 euros la hora. Cobraba más la mujer de la limpieza que yo. Entonces me armé de valor y al día siguiente le dije que quería hablar con él: «No contaba con que me pagases la hora a precio de convenio, pero ya que me pagas en mano, pensé que sería más, porque me sale la hora a menos que lo que cobra la mujer de la limpieza».

No olvidaré su respuesta porque define su forma de trabajar y también su forma de ser. «Noa, la que tiene necesidad de dinero eres tú, no yo». Me gustaría deciros que cogí y lo mandé a la mierda, pero lo triste es que sí tenía necesidad de dinero, e hice las guardias durante cinco años. Hoy en día me arrepiento. Esta gente se nutre de la necesidad de otras personas, y eso es lo triste. Me fastidia que se diga que todos somos iguales porque yo no tengo nada que ver con

asquerosos así.(63) Pero a lo mejor es cierto que son la mayoría, y espero que mi relato les sonroje y dejen de ser tan miserables con otros compañeros, porque puede que yo no haya heredado una farmacia, que no haya tenido tanta suerte, pero soy igual o mejor farmacéutica.

Otra de pagos en negro. Como podemos ver, todo un clásico en este mundillo.

Ángela: Hice las prácticas de la carrera (seis meses, ocho horas diarias, sin remunerar, obviamente) en una farmacia terrible. El jefe era el marido de la titular. No tenía ni idea de cosas de farmacia y cuando se ponía a atender (las pocas veces que aparecía) intentaba colar productos que la gente no quería ni necesitaba. Las trabajadoras estaban explotadísimas. Los jefes intentaban rebañarles horas de bajas y vacaciones, y les echaban broncas constantes por las ventas que hasta yo, siendo estudiante, llegué a comerme porque me tenían como una trabajadora más. De hecho, en la farmacia había dos personas contratadas por turno, pero como había tres mostradores, contaban necesariamente con las estudiantes. Cuando llegué ahí, el jefe no me dirigió la palabra en dos días, hasta que se dignó a decirme que fuera a su despacho, que me «daría la bienvenida». Yo en ese momento llevaba el pelo azul, y lo primero que me preguntó fue: «¿Tienes pareja?». Al decirle que no (de forma automática, me quedé en *shock*), añadió: «No me extraña, con ese pelo que llevas», y no me dejó dispensar (cosa básica para aprender) hasta que no me teñí de castaño porque daba mala imagen al negocio. La última semana de las prácticas cogió una baja la técnica, así que estuve cubriéndola gratis hasta que terminó el periodo de prácticas de la universidad. Entonces me obligó a guardar el móvil en una caja de metal fuera del despacho para ofrecerme trabajar lo que durase la baja en B, cosa que acepté porque era cobrar por lo que llevaba seis meses haciendo gratis y me venía bien, pero vaya tela.

La gente duraba tan poco que ponían nombres falsos en las

ofertas de trabajo del colegio, supongo que para que no supieran que eran ellos de nuevo.

Seguimos sumando a los pagos en dinero negro más tratos vejatorios y un ejemplo clarísimo de aquello en que muchas veces deriva el modelo de oficinas de farmacia y que hemos estado denunciando en este libro: la necesidad de vender.

Prefiere no decir su nombre: Estuve unos cinco años en una farmacia. Mi contrato iba por horas y me hacían firmar un cambio de las horas base de mi contrato cada mes.

Recibí dos pares de zuecos y creo que unos cuatro uniformes completos en todo ese tiempo, y los primeros conjuntos que recibí ni siquiera eran nuevos. La jefa nos obligaba a ir maquilladas o al menos a pintarnos los labios.

Una vez hicieron un cambio de local y querían que sus empleadas trabajáramos de madrugada para ayudar a hacer el traslado, sin remuneración ni descanso. Yo pregunté que cómo se abonaba esa tarea y lo tomaron como una traición y un insulto.

Y con esta última reseña acabamos el bloque referido a los derechos laborales básicos, porque, como todo el mundo sabe, además de trabajar en farmacias somos operarias de mudanzas y por supuesto trabajamos gratis, no se nos vayan a enfadar.

En el siguiente bloque expondremos una retahíla de testimonios más enfocados a las ilegalidades que muchas veces se cometen en las oficinas de farmacia, la mayoría de ellas encaminadas a engrosar la caja del día. Como no podía ser de otra forma, entre los relatos iremos aclarando las dudas sobre cuestiones legales que puedan aparecer y que la lectora no tiene por qué conocer.

De legislación farmacéutica

Ya hemos comentado alguna cuestión sobre legislación farmacéutica en páginas anteriores y explicado casos de mala praxis como la venta de medicamentos que por ley han de estar prescritos por una médica sin pedir la correspondiente receta (recordad el caso del envenenamiento con laxantes y Seguril®). A continuación, veremos unos cuantos ejemplos más de esta práctica, pero no es la única ilegalidad que algunas farmacias suelen cometer. Conoceremos casos de venta ficticia de medicamentos sin conocimiento del paciente para engrosar la facturación o de chanchullos con médicas, y algún que otro trato humillante.

Prefiere no decir su nombre: No estaba recién licenciada, pero llevaba poco tiempo trabajando. Conocía a la clienta, pero las razones que me daba para darle sin receta un Nolotil® no me cuadraban. No se lo di. Me vino al poco rato con una caja que le habían dado en la farmacia de al lado, y yo le dije que habían hecho mal en la otra farmacia. La respuesta de mi jefa fue: «Estoy cansada de que cualquier pipiolo que sale de la carrera me pida receta por todo». Me quedé alucinada, pero sigo pidiendo receta para el Nolotil®.

El Nolotil® es la marca más conocida del medicamento metamizol, un analgésico y antipirético que, para ser dispensado en oficina de farmacia en nuestro país, requiere receta médica. Este caso es uno de los grandes éxitos en botica: que una empleada haga bien su trabajo como profesional sanitaria, que en la farmacia de al lado prefieran ganar dos euros a ser buenos profesionales y que, al enterarse la jefa de la situación, la empleada encima se lleve la bronca. Como decimos, un clásico.

Dani: Tengo compañeros de carrera que trabajaban en farmacias que preparaban la medicación para residencias, a los que obligaban a dispensar medicación que la residencia descartaba, por ejemplo, insulinas por falta de espacio en la nevera de la residencia. Y esta medicación se tiraba al contenedor de la basura para que el SIGRE no fuera sospechoso. Dispensar medicación de prescripción médica

obligatoria sin la correspondiente receta.

Hasta he visto enterrar en una parcela todos los productos de formulación caducados para así ahorrarse pagar para su gestión. Surrealista.

Es una práctica habitual en algunas farmacias cuando la paciente no paga nada de la medicación porque la cubre del todo la financiación pública. Se le retira de la receta, como si la hubiera comprado, y se desecha el medicamento. La paciente no se entera y la farmacia aumenta su facturación por venta de medicamentos con receta. Pero es que aparte se marcan un doble salto mortal con tirabuzón en lo que a la gestión de residuos se refiere. No solo desechan estas insulinas en el contenedor que no corresponde (a sabiendas), sino que directamente se pasan por el arco del triunfo la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados y el Real Decreto 833/1988, por el que se aprueba el reglamento para la ejecución de la ley de residuos peligrosos, donde se regula el tratamiento de los componentes químicos utilizados en formulación magistral. Por cierto, dos aclaraciones: SIGRE son las siglas de Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases. Para entendernos, son unos contenedores que podemos encontrar en muchas farmacias para reciclar medicamentos que han caducado o que no se van a usar más. Si el que abre este contenedor se encontrase sistemáticamente con muchas insulinas sin utilizar, igual se olería que en esa farmacia algo no se hacía como tocaba, de ahí que la elección fuera tirar estas insulinas a la basura común. La formulación magistral es la fabricación en la propia farmacia de medicamentos prescritos a un determinado paciente y, por supuesto, todo el proceso, desde la compra de los productos hasta la dispensación del preparado final y la gestión de residuos, está regulada de forma conveniente.

Prefiere no decir su nombre: Podría contarte varias cosas, pero un tema que no se aborda mucho y que existe es el de los chanchullos con médicos. El de enviar pacientes con prescripciones de medicamentos y la «muestrita» de productos de venta libre para comprar en la farmacia, a cambio, eso sí, de su sobrecito de billetes.

Esa buena sinergia entre profesionales en favor de su bolsillo y a los que les importa bastante poco el paciente.

Y bueno, en cuanto al tema laboral, de primera y de segunda mano, bastantes barbaridades, como por ejemplo espiar por la cámara y salir a cambiar un producto dispensado por otro de mayor margen desacreditando totalmente al trabajador.

Para que no digáis que solo hablamos de farmacias. Aquí un chanchullo a dos manos: una farmacia conchabada con una médica. La médica prescribe productos que posiblemente en un radio de setecientos kilómetros solo tenga la farmacia «amiga», así que a la paciente no le queda más remedio que acudir a la botica en cuestión. Todas ganan, salvo, está claro, la paciente, porque es muy probable que encima el producto pudiera formar parte de este libro.

Lo de ver por las cámaras de vigilancia qué hacen y qué venden las empleadas para salir a cambiar el producto por otro que deje más margen es uno de los trucos habituales en botica. Sobra contar el ridículo que se hace en ese momento y la cara de la trabajadora cuyo criterio y consejo echas por tierra, pero la pela es la pela.

Gemma: Nos quitaron la radio y las sillas. Me despidieron el día que me incorporaba de la baja por maternidad con mi hijo en brazos porque «era estupenda pero no querían mujeres con hijos». En otra me gritaron por no vender misoprostol sin receta.

Volvemos con Gemma para, esta vez, ver un caso de discriminación flagrante por el simple hecho de ser madre y de nuevo la experiencia de una trabajadora que se lleva un puro por hacer bien su trabajo y cumplir la ley. El misoprostol es un medicamento que se utiliza para la prevención de lesiones gastrointestinales y úlceras duodenales, pero también como abortivo, por lo que se demanda sin prescripción médica para interrumpir embarazos no deseados. Por supuesto, es obligatorio presentar receta médica para comprarlo.

Alejandro: A ver, por dónde empiezo. De las cinco farmacias en las que he estado en total, solo en una respetaban la ley en las ventas de medicamentos que necesitaran receta. Una de ellas estaba regentada por un profesor de universidad y daba antidepresivos sin receta: Antabús®,(64) codeína... Recomendaba antibióticos a niños de conocidos. De esa se me echó por no ser «buen vendedor».

Slavena: Me obligaban a vender antibióticos sin receta. También tenía amenazas de despido por no cubrir objetivos de venta y tíquets medios tanto en parafarmacia como en farmacia.

Cristina: En todas las farmacias, la titular me presionaba para vender medicamentos sin receta, desde antibióticos hasta Viagra®, pasando por supuesto por Enantyum®,(65) etcétera. Presiones para dispensar barbaridades, como muchas cajas de un medicamento sin receta (en este caso, 20 cajas de alopurinol).(66) Presiones para vender artículos con los que yo claramente no estaba conforme, como colágeno, estimuladores del sistema inmune, homeopatía, etcétera.

Triple combo de ventas variadas sin receta y un par de *bonus tracks* de presión para aumentar la facturación. Además, la venta deliberada de antibióticos no es solo ilegal, sino que es un problema de salud pública, ya que con ella se contribuye de modo indirecto a generar bacterias multirresistentes, causantes de la muerte de 33.000 personas en toda Europa.(67)

Carolina: En una farmacia me contrataron para cubrir el final de la baja de maternidad de su farmacéutica. Digo el final porque

despidieron a la compañera que estaba cubriéndola desde el principio. Eso ya debía haberme alertado, pero, inocente y pollita de mí, no sospeché. El caso es que me contrataron, todo iba genial, ¡hasta el punto de decirme que era un diamante en bruto! Y de hecho se reincorporó la farmacéutica y no me echaron. Me mantuvieron. Durante todo el tiempo me hablaron muy mal de la persona que estaba de baja, con la única intención de enfrentarnos. Pero no lo hicimos, fuimos más inteligentes. Se incorporó, nos tratamos correctamente y se ve que no les vino bien. Y pasé a ser yo la mala. Se dedicó la titular (trabajaban ella y su marido, él como gestor y administrativo, nunca en el mostrador) a desprestigiarme por el barrio. Me consta porque una persona con la que lo hizo años después se apuntó a mi falla y me lo confirmó. Me pasaron al turno de tarde siempre con el único fin de molestarme. Me enteré de que buscaban sustituta para mí, porque una candidata vino a dejar el currículum para la oferta que había visto no sé dónde, hasta que llegó un día en que entré por la puerta a mi jornada laboral y tenía el finiquito preparado en el despacho. Y así me echaron.

En una farmacia que tenía un profesor de la Universitat de València me contrató su hija para cubrir su baja maternal. Ella era quien la gestionaba, y él aparecía muy puntualmente por la farmacia. Pero cuando ella ya no estaba porque había nacido su hijo, él se pasaba con más regularidad y un día me vio estudiar. Estaba consultando y repasando esas cosas de mierda que tanto les gusta que vendamos. ¡Se le cruzó el cable y me acusó de robar porque el stock estaba mal! Tuve que firmar un despido improcedente no conforme con la humillación de que se me acusase de ladrona. En una farmacia con cámaras en todas partes. Ya no es el hecho del despido, es que como no tenía argumentos el titular se inventó esa excusa y no le importó lo más mínimo ofenderme y desprestigiar mi profesionalidad. Te diría que es lo que más me ha dolido en todos mis años ejerciendo.

Bueno, y en una farmacia de Massamagrell duré un mes. Me fui porque no iba a soportar que se me humillase. La titular por las tardes desde su casa miraba las cámaras y nos llamaba para decirnos cosas como «Atended más rápido, que se van a la farmacia de al lado», «¿Por qué se ha ido Fulanito?».

También he tenido experiencias superpositivas. Recién salida de

la carrera me dieron la oportunidad en una farmacia del Puig. Me enseñó y explicó con cariño, tanto que un día que me equivoqué al decirle a la paciente que no existían supositorios para lactantes (estaba recién salida de la carrera) me defendió delante de ella. Y luego me sacó del cajón la caja de supositorios. Me puse a llorar, pero agradecí su manera de actuar. Me defendió sin dudarlo y luego me corrigió. Es la anécdota positiva más significativa que tengo.

En este testimonio, más que cuestiones de legislación puramente farmacéutica, Carolina nos cuenta varios ejemplos de humillaciones en el trabajo, que no son exclusivas de la oficina de farmacia. Lo que estaba estudiando antes de que la acusaran de ladrona son folletos informativos de los productos que ofrecen las diferentes casas comerciales, cuyos productos se exponen en las farmacias. Algo muy común: te dejan estos folletos para que te los estudies y conozcas así las características de los productos, y de este modo puedas ofrecerlos a las clientas. Su última anécdota sirve para poner de manifiesto que no todo el mundo es igual y que hay gente buena. Sí, jefas también. Gente buena y mala se encuentra en todos lados, simplemente es el modelo comercial de las boticas y el inherente desequilibrio de las relaciones de poder en el ámbito laboral lo que hace que, por desgracia, haya más cosas malas que buenas que contar.

Prefiere no decir su nombre: En el ámbito no sanitario, he vendido colonias y patitos de goma, he tenido lista de sustituciones de genéricos mensuales, listas de ventas cruzadas, he visto como se adelantaba todo tipo de medicamentos y como se vendían a pacientes antibióticos de uso hospitalario (linezolid, en concreto). He visto como se me contradecía cuando hacía prevalecer la ley delante de los pacientes.

Serán cuatro manzanas podridas, pero todos esos que piden que no se generalice deberían dejar de mirarse el ombligo. El #NotAllTitulares me molesta bastante porque las que hemos sido adjuntas sabemos lo que hay, si no es por nosotras es por conocidas, porque este mundo es muy pequeño y todas nos conocemos. No discuto que haya gente buena. Conozco gente que está muy

contenta, pero hay muchos que no. Y será como en otros sectores, pero eso no quita que nuestra experiencia sea real.

Por último, me gustaría añadir que siempre dicen que, si no te gusta, te cambies, y eso he hecho en cuanto he podido. Pero mientras tanto he tenido la mala costumbre de no querer dormir en la calle y comer todos los días, porque no todos tenemos la suerte de tener unos padres que nos puedan montar un negocio o pagar nuestra vida. Parece que no les entra en la cabeza que algunas venimos de orígenes muy humildes. Y perdón por la chapa, pero es un tema que me cabrea un poco porque yo empecé con mucha ilusión, pues la atención farmacéutica es mi pasión. De hecho, hace poco, revisando mis títulos de formación vi con claridad cuándo perdí la ilusión, porque dejé de hacer cursos, de los de verdad, de los que son de calidad (los que hice me los costeé yo, por cierto). Para que luego digan que las adjuntas no se quieren formar o aprender. ¿Para qué? ¿Para vender patitos de goma? ¿Para que no puedas pararte dos minutos con un paciente y explicarle la medicación porque prima la venta y no la atención? Y lo dicho, habrá casos y casos, pero como decís vosotros, los que se escudan en el #NotAllTitulares no solucionan el problema y no ven al rey desnudo. (68)

Esta historia podría aparecer perfectamente en la contraportada de este libro a modo de resumen. No se puede explicar mejor el actual modelo de farmacia con menos palabras, pero vamos a aclarar un par de cositas para hacer más comprensible el relato. El linezolid es un antibiótico que se usa y dispensa en el ámbito hospitalario. Los medicamentos de uso hospitalario pueden estar en las oficinas de farmacia para suministrarlo a los hospitales, pero no pueden ser dispensados fuera de los hospitales al público. Hubo excepciones, como las condiciones excepcionales de dispensación de medicamentos de uso hospitalario en oficinas de farmacia debido a la pandemia de covid-19, establecidas por la Orden SND/293/2020, pero no es lo habitual ni lo legal. Y en cuanto al hashtag #NotAllTitulares, como hemos explicado antes, es la copia en el mundo farmacéutico del #Not-AllMen, etiqueta utilizada en internet que viene a decir que no todos los hombres somos unos violadores o acosadores, algo obvio y que no necesita siquiera decirse, para negar que la violencia machista estructural existe.

Aunque en este relato se hace con sarcasmo, resulta igual de obvio decir que no todas las titulares son mala gente.

Ainhoa: En mi historia laboral hay una farmacia en la que me hacían ir al salir a llevar medicamentos a un sitio, y nunca me pagaron la gasolina. De hecho, era mi primer trabajo, estaba en prácticas y cobraba el 60 % del sueldo. Y luego estuve bastantes años en otra donde la flexibilidad brillaba por su ausencia porque a la titular no le venía bien nunca ir a trabajar. Pero bueno, con nuestro maravilloso convenio no es ilegal tener que trabajar todos los sábados, perderte bodas de amigas, etcétera. Son los derechos que tenemos. No sé si esto se considera abuso. Y, por supuesto, los minutos de antes y después de cerrar no remunerados, etcétera.

Al final he dejado, como muchas, la oficina de farmacia, pero en realidad lo que más me ha quemado ha sido no poder tener ningún poder como sanitaria, por ejemplo, comunicación directa con la médica, posibilidad de cambiar la forma farmacéutica, etcétera. Yo pienso como vosotros, sin integración en la sanidad pública nunca habrá reconocimiento profesional. ¡Ah!, y también me ha quemado muchísimo la imposibilidad de crecer y aprender laboralmente, en lo único que quieren que te formes es en dermocosmética.

La venta a domicilio de medicamentos sujetos a prescripción médica está condicionada a la normativa de ordenación farmacéutica aplicable en cada comunidad autónoma, aunque, con alguna excepción, en general no se puede hacer. Lo que dejó claro la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios es que está totalmente prohibida la venta online de medicamentos que necesiten receta, y que «La venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de internet únicamente la pueden realizar farmacias abiertas al público, legalmente autorizadas y que figuren en el listado(69) publicado por la autoridad competente».[89] En el caso del reparto que le exigían hacer a Ainhoa, lo más probable no solo es que fuera ilegal, sino además que no entrara dentro de sus competencias. A esto se añade que tenía que ir con su coche y la empresa no asumía los gastos. Los costes para la trabajadora, el beneficio para la empresa. Lo de hacer de

repartidoras también es bastante común en el mundillo y se explica en algún testimonio más. Por otro lado, entendemos que en determinadas circunstancias sea necesario hacer llegar la medicación a la paciente, cuando a esta le resulte imposible acceder por su propio pie a una farmacia. Es un tema sobre el que la administración debería pensar.

El convenio es el que es. En muchísimos sectores se trabaja los sábados, sobre todo los relacionados, además de con la sanidad, con los servicios. En el sector de las farmacias, trabajar los sábados no es una cuestión de abuso. Lo que sí que es verdad es que en farmacia comunitaria la carrera profesional no existe, al contrario de lo que ocurre en muchas otras profesiones sanitarias. En una farmacia, desde el día en que entras a trabajar hasta el día en que te jubilas eres exactamente igual y haces ni más ni menos lo mismo. Si quieres innovar en la atención que das como profesional, por lo general has de buscarte tú las habichuelas mediante cursos de formación continuada, ya que los que se suelen ofertar dentro del ámbito laboral acostumbran a estar orientados a mejorar las ventas o a los productos de parafarmacia (que luego venderás).

Prefiere no decir su nombre: A ver, no sé ni por dónde empezar. En esta farmacia entré al terminar la carrera, en 2014, con un contrato de prácticas que daba pena. Nos pagaban el 60 % del convenio. Como era en Asturias y el sueldo es mayor no se notaba tanto como si lo hubieran hecho en otro sitio, pero seguía siendo una tomadura de pelo. Era un contrato de dos años. El primer año te pagaban el 60 %; el segundo, el 75 %. Por suerte yo solo aguanté ocho meses. Entrábamos muchísimas novatas a trabajar con el contrato de prácticas. Era una farmacia con muchísimo curro y estábamos explotadísimas, era un no parar desde que metías el pie por la puerta. Había tres chicos solo para preparar residencias, y a uno de ellos le querían obligar a repartir la medicación con su coche, sin plus para gasolina y fuera de sus horas de trabajo. Con este chico casi llegaron a las manos, con eso te lo digo todo.

La farmacia la llevaba un matrimonio. La mujer era la farmacéutica y la que ponía el nombre, pero el cotarro lo manejaba su marido, que era un caradura, un déspota y un maleducado. A mí me echó una bronca monumental delante de mis compañeros porque en una venta aparecía una unidad en el stock pero no la encontré en

las estanterías (cuando pasó esto llevaría mes y medio allí sin ningún tipo de experiencia previa, ya que hice las prácticas tuteladas en hospital). Me puso de tonta para arriba y me hizo llamar corriendo a la clienta, que era una habitual y teníamos su teléfono, para decirle que habíamos encontrado el medicamento. También nos hacían limpiar las estanterías de la farmacia, y a últimos de mes, la mujer iba pasando el dedito y si no estaba perfecto te ponía una nota en una aplicación que teníamos en los ordenadores y podíamos ver todos los empleados. A mí me llegó a poner tantas y tan de coña que ya nos las tomábamos a cachondeo, pero era para flipar.

Ella también era amiga de cogerte un minuto antes de tu hora de salida al mediodía para ponerte a hacer una cesta regalo de bebé. Y en la hora de cierre por las noches, él nos miraba por las cámaras, y que no se te ocurriera no abrir a alguien que venía a deshora cuando tenías todo apagado, pues al día siguiente te venía con el látigo. Muchísimos días salíamos una hora tarde y ellos decían que el trabajo no era de funcionario.

También nos hacían quedarnos obligatoriamente media hora más al mediodía, para que una de las compañeras no se quedara sola en lo que llegaba la otra. Nos pasó ella uno por uno al despacho para decirnos que había que quedarse la media hora y que, si no nos gustaba, que ya sabíamos.(70) A eso yo solo contesté «vale» y desde ese día empecé a buscar otro trabajo. La farmacia era de 12 horas; algunas compañeras iban a horario partido, otras a turnos, y yo pasé por los dos turnos al sustituir a una compañera. Un día a las 16.00, que era mi hora de salida, me dijo el jefe que dónde iba tan pronto (eran ya y cuarto), y le dije que era mi hora y que el bocata que había llevado lo llevaba de vuelta para casa porque ni un bocado le había podido dar, a lo que me respondió que allí no se iba a comer. Yo contesté: «Bueno, pues nada, viviré del aire». Ya de últimas les contestaba, porque no podía con ellos. Mientras trabajaba en esta misma farmacia por desgracia falleció mi abuela; fue un viernes y me marché esa tarde. Les pedí el lunes para no meterme tanta paliza de viaje, porque era de Gijón a Salamanca. En ningún momento se me dijo que por convenio te tienen que dar cinco días, yo tampoco los pedí, pero no creo que me los hubieran dado. Tengo muchas compañeras en otras farmacias a las que les han dado el día del entierro y se acabó.

Otra donde estuve durante un par de años empezó a abrir las 24 horas; yo hacía las noches. Hicieron una obra integral en la farmacia. No cerró ni un día, y nos tenían atendiendo bajo los andamios. Imagina el frío que pasé allí, con todo el local diáfano sin paredes, sin calefacción en pleno diciembre en León capital. ¡Sin calefacción y sin baño! Durante unos cuantos meses me decían que fuera al baño de la gasolinera que había enfrente, que también abría 24 horas. Salí un día y nunca más, yo sola a las tres de la mañana entrando en la farmacia. Para que pasase cualquier cosa. Mi turno era de doce horas, así que como reventar no lo iba a hacer, metía un empapador en una bolsa de basura y orinaba allí... Muy triste pero cierto.

Ah, se me olvidaba la más gorda. ¡El dueño de la farmacia de Asturias para remate era un baboso y cerdo! A todas nos decía: «¡Qué guapa!», «¡Vaya culo!», «¡Vaya cintura de avispa!», etcétera. A mí, que para eso yo no cedí ni le reí ni media broma, no me volvió a decir nada, pero con mis compañeras era de acoso y derribo. A una le llegó a decir: «¡Vaya fotos tienes en Facebook®!», «¿Qué tipo de condones usas con tu novio?» y que si le gustaban de sabores. De verdad denunciable.

Bueno, creo que ya os he aburrido bastante. Seguro que se me ocurren más cosas, pero me imagino que te habrán contado mil anécdotas. O no, ¡espera! Que es que son casos aislados, como dicen muchos del grupo, ¡ja! Ellas (las titulares), ninguna hace eso...

Aquí tenemos de todo un poco. Malas condiciones laborales, humillaciones, machismo y robo de horas fuera de la jornada laboral (para el que recomendamos encarecidamente a las lectoras que busquen el significado del concepto «plusvalía») y otro incumplimiento del convenio colectivo de la profesión farmacéutica. Somos fervorosos creyentes de que todo trabajador tiene la obligación de conocer el convenio colectivo de su sector para que no ocurran estas cosas. Si ya cuesta que se cumpla el convenio cuando se exige que se haga, imaginad si encima no sabéis cuáles son vuestros derechos laborales.

Blanca: Podría contarte muchas cosas, pero la más impactante es algo que se repitió en dos farmacias, lo que algunos farmacéuticos llaman coloquialmente «vaciar tarjetas»: cuando una pensionista llegaba al tope, se le pasaban medicamentos que ella ya no consumía para poder facturarlos. Sobre todo se hacía con las insulinas, porque a algunas personas les salían por defecto ocho o nueve cajas, y entonces había margen de sobra para poder quitarle un par de ellas todos los meses. En algunos casos se pegaba el cupón y se desechaba el medicamento sin apenas abrirlo. En otros se buscaba el cupón de una caja que contenía cientos de cupones precinto (la mayoría se obtenían de rebuscar en el SIGRE) y así el beneficio para la farmacia era del 100 %, con lo cual la titular se ponía contentísima.

Luego, en otra farmacia, cuando una receta estaba dudosa, por ejemplo, si ponía amoxicilina y el médico no había indicado el tamaño del envase —por ley hay que dispensar la caja pequeña— y a la paciente la caja pequeña no le llegaba para terminar el tratamiento, lo que se hacía era vender la caja grande y decir que tenías que cobrar todo (sin aplicar el descuento de la receta), pero que te tenías que quedar la receta. Y otra vez a buscar un cupón de amoxicilina para pegarlo a la receta. Y si no había cupón del envase pequeño, pero encontrabas uno del grande, pues a poner grande en la receta. Había una técnica con más de veinte bolígrafos con diferentes tonalidades de azul y muy especializada en imitar caligrafías de las médicas para modificar las recetas.

Y si a veces venían con talonarios y se dejaban alguna receta que estaba sellada y firmada, pero sin prescripción, entonces otra vez a buscar el cupón más caro que teníamos y a poner nosotros la prescripción. Estas cosas eran sin parar.

En otra, cuando los botes de crema caducaban, la titular echaba alcohol sobre la fecha de caducidad y frotaba con un trapo hasta borrarla. Y otra cosa que me daba mucha vergüenza era decir al paciente que no teníamos Adiro®(71) cuando sí que teníamos, pero el genérico de no sé qué marca te da un descuento del 80 % y tienes que enchufarlo como sea. Solo sacábamos Adiro® cuando te decía el paciente que se lo pidieras o se cabreaba mucho. Pero el *modus operandi* era de primeras decir que no tenías, o incluso que no había stock en los almacenes. Así con todos los medicamentos. Había que dar la marca X de genéricos, no podría ser otra.

Lo de las cremas tiene segunda parte: cuando la fecha de caducidad estaba en el cartón y no se podía borrar, la titular imprimía una pegatina con un código de barras y la plantaba encima para taparla. Esto es verídico. Algunas cremas ya se habían separado en dos fases(72) y olían a podrido, porque llevaban años caducadas. Si alguien venía a devolverla, le decía: «¡Qué raro! ¿No la habrás dejado al sol?».

Una vez vino una señora con un montón de radiografías para reciclarlas y le dije: «Señora, ya no recogemos radiografías desde hace años», a lo que me interrumpe mi jefe: «Sí, sí cogemos para reciclar». Lo miré estupefacta y sorprendida. «¿Han vuelto a recoger?». Y me dijo: «No, no se reciclan, pero tú dile que sí, y las tiramos a la basura. Así la clienta se queda satisfecha. Nunca le lleves la contraria a una clienta».

Esta historia tiene bastante miga también, así que vamos por partes. «Llegar al tope» significa que, a partir de un determinado importe en medicación pagado por la paciente, esta no pagará más por medicinas durante lo que quede de mes. Volvemos a ver otro caso de retirada de medicación sin conocimiento de la paciente para engrosar la facturación de la farmacia. En este ejemplo hasta se menciona el nombre coloquial de esta ilegalidad. Lo correcto sería que la farmacéutica contactara con la médica de la paciente para que ajustara la prescripción a las necesidades de la paciente, pero, claro, esto no deja dineritos.

Lo que cuenta Blanca de la amoxicilina es una auténtica burrada. La farmacéutica ha de dar lo que marca la receta. Si no se dispusiera del envase pautado, se puede dispensar un envase más pequeño, haciendo una diligencia en la receta indicando los motivos de la sustitución, pero jamás dar uno más grande. Y muchísimo menos cobrar el envase íntegro para luego hacer el chanchullo dentro de la rebotica. Por fortuna, con la implantación de la receta electrónica se han evitado muchos desfalcos de este tipo, pero como todavía hay quien prescribe en papel, pues ancha es Castilla. La técnica que modifica una receta para hacer que conste en ella lo que vende y así poder cobrarlo del Sistema Nacional de Salud puede estar cometiendo un delito de falsedad documental. Poca broma.

Lo mismo ocurre con los talonarios que llevan el sello y la firma de la

médica pero no la prescripción. Esto es muy típico en las recetas de las mutuas de funcionarias, militares o de la judicatura, conocidas como MUFACE, ISFAS y MUGEJU respectivamente. La médica sella y firma todo un talonario de recetas en blanco (sin medicamento) para evitar visitas de pacientes y que cada cual se pueda prescribir lo que quiera a la carta. No solo es ilegal, sino también una tremenda irresponsabilidad por parte de la médica, pues da barra libre a la gente para solicitar lo que quiera en la farmacia. Por supuesto, los colegios oficiales de médicas no hacen nada en absoluto para frenar esta práctica.

Por cierto, ahora que viene al caso, los conciertos de mutuas de seguros privados que prestan atención sanitaria a empleadas públicas de la administración nos parecen una auténtica aberración que debería desaparecer. ¡Hala, ahí queda dicho!

Muchos laboratorios de genéricos hacen suculentos descuentos para vender medicamentos. Pueden llegar al 80 % del precio final, con lo que aumenta el margen de beneficio para las farmacias, por eso en esta oficina (y en la mayoría) ofrecen siempre el medicamento que les deja mayor beneficio, algo lógico en la economía de mercado. A esto solo debemos añadir que no hay diferencias significativas en cuanto a la respuesta terapéutica entre las diferentes marcas de una misma forma farmacéutica. La conocida, y no por ello menos falsa, cantinela de que «los genéricos tienen un 20 % del medicamento» es una mala interpretación de la variabilidad admitida en las curvas de concentración de fármaco en la biofase. No nos alargaremos explicando este tecnicismo, porque lo único que tiene que quedar claro es que, en general y salvo pequeñas variaciones individuales, lo mismo da que te den Adiro® que ácido acetilsalicílico.

Respecto a las cremas caducadas, poco podemos decir y nada bueno. Se explica solo.

Alicia: En Ceuta no se pide receta para casi nada, salvo para estupefacientes, antibióticos y poco más; el resto se vende sin receta. Trabajé siete meses en una farmacia donde había nueve cámaras en la zona del almacén y, aparte, micrófonos por toda la farmacia. Todo esto sin avisar a los empleados.

Y con este testimonio hemos llegado al final... Bueno, vamos a poner un *bonus track* de Felipe, uno de los dos autores del libro que tienes en las manos. Ahí va.

Felipe: En una farmacia duré un día. Resulta que mientras el titular me enseñaba los entresijos de la farmacia, el funcionamiento, etcétera, me fijé en que entró una paciente y le enseñó con el móvil la foto de un antibiótico a la compañera, que sin hacer más preguntas se lo vendió. Me quedé parado, y el jefe me dijo: «¿Qué ocurre?», a lo que le respondí que no me iba a sentir cómodo vendiendo antibióticos sin receta. Antes de acabar el turno me despidió alegando que iban a contratar a alguien de más confianza, y que el despido nada tenía que ver con lo que había pasado un rato antes.

En otra farmacia recibí una fuerte reprimenda de la dueña por negarme a venderle tres cajas de alprazolam, un medicamento que se utiliza para la ansiedad y que para más inri lleva un registro especial, a una amiga suya que, por supuesto, no tenía prescripción médica.

En otra me dieron un toque de atención por no haberle vendido a una señora un preparado de arándanos americanos para la infección de orina que parecía que tenía y por haberme limitado a remitirla a su médica para que le diagnosticara bien la afección. «¡Es que no se puede ir sin nada de aquí!», me dijeron.

Son solo unos ejemplos, pero experiencias como todas las relatadas las hemos vivido nosotros o las compañeras de trabajo con las que hemos coincidido. Queremos agradecer a quienes nos han escrito que nos hicieran llegar sus testimonios. Historias que se dan a lo largo y ancho del país y que demuestran que las malas praxis no son casos aislados, sino que están muy enquistadas en el ámbito de la farmacia comunitaria.

Está claro que no todo el mundo es así, que hay buena gente, empresarias que sí tratan con respeto a sus trabajadoras y que pelean por sacar adelante sus negocios. Hay gente buena, pero creemos que no se debe, en aras de un corporativismo barato, negar los abusos e ilegalidades

que se cometen. Pensamos que las personas que sí cumplen tienen la obligación de señalar a las mal llamadas «compañeras» para así proteger una profesión que es y debería ser bonita. Para proteger un servicio que debería beneficiar a la paciente. Para defender la farmacia comunitaria. Y pensamos, asimismo, que no todas las adjuntas, nutricionistas o técnicas somos buena gente. Que hay malas trabajadoras también. Pero la relación de poder implícita entre empleadora y empleada hace que esta balanza esté un poco decantada.

Creemos fervientemente en un modelo sanitario en el que ni la dispensación de medicamentos ni el seguimiento nutricional, ni las farmacias ni las consultas de nutrición y dietética estén condicionadas por el balance de beneficios de una empresa privada. Pensamos que la sanidad pública debería abarcar y potenciar no solo medicina y enfermería, sino también farmacia comunitaria, nutrición, óptica, podología, psicología, fisioterapia, odontología... Estamos seguros de que apostar por la sanidad pública invirtiendo fuertemente en ella al final acabaría saliendo barato, pues se reduciría el gasto en tratamientos, estancias hospitalarias o recursos empleados. ¿Cuántos ingresos hospitalarios por reacciones adversas al medicamento se podrían evitar con una farmacia comunitaria pública integrada en el Sistema Nacional de Salud que de verdad hiciera un seguimiento farmacoterapéutico? ¿Cuántos casos de obesidad, diabetes o hipertensión evitaríamos con una dietista-nutricionista pasando consulta en la atención primaria? ¿Cuántos de los productos mencionados en este libro sobrevivirían en el mercado si les quitáramos el halo de seriedad que les da el hecho de venderse en farmacias o que los prescriban médicas? ¿Cuánto ganaríamos todas si nuestra salud estuviera separada de los intereses de empresas privadas, sean farmacias, sean industrias o laboratorios que gastan más en marketing que en investigación? ¿Cuánto ganaríamos todas si en todas las profesiones sanitarias aplicáramos el código deontológico y la medicina basada en la evidencia?

Farmacéutic@ adjunt@

Se precisa farmacéutic@ a tiempo parcial o completo. Se valorará positivamente conocimientos en cosmética, dermofarmacia y redes sociales.

7

¿Por qué en femenino?

Habrá notado la lectora una particularidad en este libro que lo distingue de la gran mayoría de los libros que hayamos leído. Hablamos del hecho de referirnos a «la farmacéutica», «la dietista», «la clienta», «la paciente» o «la profesional», que no es casual. Hemos decidido usar el género masculino solo cuando nos referimos de modo muy claro a individuos de sexo masculino (los autores de este libro, por ejemplo) o cuando citamos un texto de forma literal. Nos atrevemos a decir que esta decisión ha complicado la redacción y revisión de estas páginas, ya que estamos acostumbradas al uso del masculino genérico, que es lo normativamente correcto, como nos dice muchas veces la RAE. Entonces ¿por qué hemos decidido utilizar el femenino genérico, a sabiendas de que es una norma incorrecta, que nos dificulta la escritura y que lo más probable es que espante a los lectores (sí, aquí corresponde el masculino) más conservadores? La respuesta fácil es que es nuestro libro y que nos dio la gana demostrar que no es grave reivindicar otro tipo de lenguaje y que la lectura no se hace más incómoda por ello, cosa que por otro lado es cierta, pero somos más de razonar con datos. *Let's go!*

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2019 se titularon 2.872 personas en el grado universitario de farmacia, de las cuales 2.054 eran mujeres y 818, hombres. En lo que respecta al grado de nutrición humana y dietética, de las 884 personas graduadas, solo 159 fueron hombres, y el resto, 725, fueron mujeres. Si miramos los datos de todo el sector, el cual lleva el nombre «Salud y servicios sociales», de las 33.181 personas con un título universitario, 24.853 fueron mujeres, según también datos del INE de 2019. Por lo tanto, de estos datos extraemos que tanto en las dos titulaciones de las que más directamente nos hemos ocupado en este libro como en el sector en general, son las mujeres las que más eligen estos campos.

Si nos centramos en la colegiación en farmacia,(73) observamos que hay 75.260 personas colegiadas, de las cuales 53.892 son mujeres. Es decir,

7 de cada 10 personas colegiadas son mujeres. Entonces ¿qué debería suceder en los principales órganos de colegiación de las farmacéuticas? Lo razonable es que los presidan, mayormente, mujeres. Sin embargo, cuando indagamos quiénes presiden los 52 colegios oficiales de farmacia, nos encontramos con (oh, sorpresa) 20 mujeres y 32 hombres, lo cual revierte la lógica estadística por completo.

Además, las mujeres son la mayor parte del público objetivo de los suplementos para adelgazar, por ejemplo. Según un estudio que realizó la Academia Española de Nutrición y Dietética junto a la Fundación Mapfre, [90] las mujeres usan con más frecuencia los suplementos para tratar enfermedades o para disminuir el peso. Otra cuestión importante es cómo el sesgo de género afecta al diagnóstico de enfermedades como la depresión o los resultados de los ensayos clínicos, y no digamos la necesidad de aplicar la equidad de género en la investigación biomédica.[91]

En definitiva, tanto las profesionales como las clientas son la mayoría mujeres, por lo que la decisión de estos dos autores novatos en su *opera prima* es utilizar el femenino genérico. Por añadidura, ideológicamente creemos que necesitamos un cambio de paradigma social en cuestiones de género para lograr una igualdad efectiva y real entre hombres y mujeres en ciencias de la salud y en la vida en general, hecho que nos ha llevado también a buscar a dos grandes mujeres que han destacado en sus respectivos campos, la nutrición y la farmacia, como autoras del prólogo y del epílogo, y así aportar nuestro muy pequeño granito de arena en la lucha feminista.

Epílogo

Es la profesión más bonita del mundo. Y de ese burro no me bajo. Atención al paciente, colaboración con los médicos, detección y comunicación de reacciones adversas, contención de las posibles interacciones entre medicamentos... Sí, soy farmacéutica y siempre estaré orgullosa de mi profesión. Siempre que cumpla aquello para lo que me formé, claro. Aquí habéis leído casos y ejemplos de mala praxis tanto con los medicamentos como con los compañeros. Y, del mismo modo que se cuenta el orgullo, hay que contar lo que es imprescindible cambiar.

Cuando decides ser farmacéutica sabes que vas a pasar por unos duros (no sabes cómo llegan a ser de duros hasta después) años de una formación muy especializada: fisicoquímica, bioestadística, química orgánica, química inorgánica, farmacognosia, química farmacéutica, más química farmacéutica, farmacología, más farmacología, otra vez farmacología, tecnología farmacéutica..., pero también biofarmacia, fisiopatología, microbiología, parasitología, inmunología y muchas más. Es decir: sabes que vas a hacer la carrera de ciencias más completa.

Cuando yo estudiaba, en el Pleistoceno (mentira, no hace tanto), te especializabas en diferentes ramas: farmacia comunitaria, farmacia hospitalaria, I+D o industria. Yo elegí las dos últimas. Muchas de mis compañeras, la primera; pero daba igual, todas sufríamos lo mismo, y allí todas éramos una.

Justo antes de terminar la carrera se realizaban prácticas tuteladas en

un hospital (pocas plazas) o en una farmacia comunitaria. Casi todos terminábamos en esa opción. No importaba, íbamos con ganas, por fin una bata que no íbamos a pintar en las fiestas de la facultad, ahora sí que sí.

El primer golpe de realidad fue duro.

—Hola. Mi hija tiene lombrices —dijo el hombre.

—Pues debe llevarla al veterinario... ¡Pediatra! ¡Pediatra! —Me traicionaron los nervios de la primera vez.

Luego me puse a pensar: «Me sé el ciclo de vida de la lombriz, cómo crece, podría identificarla en diferentes estados solo con verla durante dos segundos, pero no sé qué tengo que hacer con este padre preocupado».

Fue la técnica quien, con una delicadeza sobrehumana (si hablamos de heroínas, no las dejemos fuera), me llevó a la rebotica y me dio las indicaciones necesarias. No sé qué haríamos sin vosotras, las técnicas.

Nunca me planteé lo obvio: ¿por qué estaba en una oficina de farmacia si yo no me había especializado en ello? Era lo que había, y punto. «Lo que hay». En las (malas) ofertas de trabajo que habéis visto, se ha comprobado que lo que se sepa sobre farmacia no es tan importante.

Pasé por varias farmacias mientras iba ampliando mi formación, y en alguna sí empecé a hacerme preguntas sobre cuestiones fundamentales: «¿Por qué, si somos los mismos profesionales, me tratan como si no fuéramos compañeros con idéntica formación?», «¿Por qué cuando está la titular sí vendo esas vitaminas que de otra manera hubiera dicho "No te hacen falta, Maricarmen"?» (por supuesto, que nos sabemos el nombre de nuestros pacientes).

Y esa era la clave: pacientes. Para mí eran pacientes, mi sueldo no dependía de lo que le dijera a Maricarmen, mientras que para algunos farmacéuticos que olvidaron quiénes querían ser son clientes.

Sí, hay farmacéuticas sin ética (por suerte, no son tantas, pero dan mucha guerra). Y sí, has leído muchos casos a lo largo de este libro. Productos que no tienen evidencia, productos que tienen evidencia clara de que no sirven para nada y aun así se venden... y «casos aislados» de actuaciones ilegales, porque quien no tiene ética con los pacientes tampoco la tiene con sus trabajadoras.

Claro está que son casos aislados, porque estamos aisladas y pensamos que solo nos pasa a nosotras, pero ¡acabas de descubrir que no!

—Mira qué luz más intensa, ¿será una estrella fugaz?

—No, es la cruz verde de la farmacia, que nunca se apaga, pero pide

igualmente un deseo.

—La unión de todos los farmacéuticos para conseguir que todos podamos ser quienes queríamos ser cuando estábamos en la facultad.

—Mucho pides.

—No estamos solas, lo acabas de leer.

Felipe y Raúl han unido a los «aislados», y ese es el primer paso para el cambio. Que tu sueldo no dependa de tu vocación es el segundo. Alguien tenía que decirlo.

P. D.: Quiero expresar mi agradecimiento especial a Ana, la farmacéutica titular que me hizo volver a creer, que me trató mejor que nadie, a la que siempre estaré agradecida —tanto como a Javi. Sois los mejores—, y a Twitter®, porque me descubrió que hay muchas farmacéuticas, titulares y adjuntas (y técnicas), que sí aplican la innovación, actualización, ética, empatía, esfuerzo y profesionalidad cada día dando lo mejor que tienen a sus pacientes. Ellas tampoco son casos aislados y nos empujan a seguir. Por ellas.

GEMMA DEL CAÑO

Una explosiva denuncia del funcionamiento del modelo farmacéutico en España.

Con prólogo de Olga Ayllón y epílogo de Gemma del Caño.

Son muchos los productos y tratamientos que podemos encontrar en una farmacia. De hecho, cada vez hay más variedad de ellos, ajustados a las necesidades del consumidor; todos de la mano de las grandes empresas y sus equipos comerciales, de I+D y de marketing. Porque la realidad es que buena parte de lo que podemos comprar en un establecimiento en el que se nos vende salud no suele tener nada que ver con nuestra salud, sino más bien con las demandas del mercado.

Felipe y Raúl de la Fuente desgranan en este ensayo los entresijos de un sistema farmacéutico más enfocado a la economía que al bienestar de los consumidores. Su trabajo de investigación, riguroso y empático, nos abre los ojos a una situación que necesita urgentemente un cambio.

Felipe de la Fuente es licenciado en Farmacia por la Universitat de València, con máster en Uso Racional del Medicamento. Durante diez años ejerció como farmacéutico adjunto en diferentes oficinas de farmacia en varias comunidades autónomas. Ahora es facultativo residente de análisis clínicos en el Área de Diagnóstico Biológico del Hospital de La Ribera (Alzira) y en sus ratos libres estudia el grado de Ciencia Política y de la Administración en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Raúl de la Fuente es graduado en Nutrición Humana y Dietética por la Universitat de València (UV) y técnico superior en Procesos y Calidad en la Industria Alimentaria (CIPFP Ciutat de l'Aprenent), lo que le abrió camino para trabajar como técnico de laboratorio de calidad en diferentes empresas durante varios años. Compaginó el trabajo con los estudios para realizar el máster de Profesor de Educación Secundaria (UV) y actualmente es profesor interino de FP de Procedimientos Sanitarios y Asistenciales, para la Conselleria d'Educació de la Comunitat Valenciana.

Penguin Random House Grupo Editorial

Primera edición: marzo de 2023

© 2023, Felipe de la Fuente y Raúl de la Fuente
© 2023, Olga Ayllón, por el prólogo
© 2023, Gemma del Caño, por el epílogo
© 2023, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
Travessera de Gràcia, 47-49. 08021 Barcelona

Diseño de portada: Penguin Random House Grupo Editorial / Laura Jubert
Imagen de portada: © Shutterstcok

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*. El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, http://www.cedro.org) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-666-7490-4

Compuesto en: leerendigital.com

Facebook: penguinebooks
Twitter: @penguinlibros
Instagram: @edicionesb_es
Spotify: penguinlibros
YouTube: penguinlibros

«Para viajar lejos no hay mejor nave que un libro.»

Emily Dickinson

Gracias por tu lectura de este libro.

En **Penguinlibros.club** encontrarás las mejores recomendaciones de lectura.

Únete a nuestra comunidad y viaja con nosotros.

Penguinlibros.club

Penguin Random House Grupo Editorial

Penguinlibros

Notas bibliográficas

[1] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «Informe de utilización de medicamentos: Utilización de medicamentos opioides en España durante el periodo 2008-2015» (U/OPI/V1/13022017), 21 de febrero de 2017. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/opioides2008-2015.pdf>.

[2] Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Avins, A. L., Erro, J. H., Ichikawa, L., Barlow, W. E., Delaney, K., Hawkes, R., Hamilton, L., Pressman, A., Khalsa, P. S., y Deyo, R. A., «A Randomized Trial Comparing Acupuncture, Simulated Acupuncture, and Usual Care for Chronic Low Back Pain», *The Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n.º 9, 11 de mayo de 2009, pp. 858-866. DOI:10.1001/archinternmed.2009.65

[3] Turck, D., Bresson, J. L., Burlingame, B., Dean, T., Fairweather-Tait, S., Heinonen, M., Hirsch-Ernst, K. I., Mangelsdorf, I., McArdle, H. J., Naska, A., Neuhäuser-Berthold, M., Nowicka, G., Pentieva, K., Sanz, Y., Sjödin, A., Stern, M., Tomé, D., Van Loveren, H., Vinceti, M., Willatts, P., Martin, A., Strain, J. J., y Siani, A., «Scientific Opinion on the curcumin and normal functioning of joints: evaluation of a health claim pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006», EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies, *EFSA Journal*, vol. 15, n.º 5, 8 de mayo de 2017, p. 4774. DOI: 10.2903/j.efsa.2017.4774

[4] Unlu, A., Nayir, E., Dogukan Kalenderoglu, M., Kirca, Ö., y Ozdogan, M., «Curcumin (Turmeric) And cancer», *Journal of B.U.ON.: official journal of the Balkan Union of Oncology*, vol. 21, n.º 5, septiembre de 2016, pp. 1050-1060.

[5] Nelson, K. M., Daylin, J. L., Bisson, J., Graham, J., Pauli, G. F., y Walters, M. A., «The Essential Medicinal Chemistry of Curcumin», *Journal of Medicinal Chemistry*, vol. 60, n.º 5, 11 de enero de 2017, pp. 1620-1637. DOI: 10.1021/acs.jmedchem.6b00975

[6] Toden, S., y Goel, A., «The Holy Grail of Curcumin and its Efficacy in Various Diseases: Is Bioavailability Truly a Big Concern?», *Journal of Restorative Medicine*, vol. 6, n.º 1, 19 de marzo de 2019, pp. 27-36.

DOI: 10.14200/jrm.2017.6.0101

[7] Fadus, M. C., Lau, C., Bikhchandani, J., y Lynch, H. T., «Curcumin: An age-old anti-inflammatory and anti-neoplastic agent», *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, vol. 7, n.º 3, julio de 2017, pp. 339-346. DOI: 10.1016/j.jtcme.2016.08.002

[8] Agostoni, C., Bresson, J. L., Fairweather-Tait, S., Flynn, A., Golly, I., Korhonen, H., Lagiou, P., Lovik, M., Marcehlli, R., Martin, A., Moseley, B., Neuhäuser-Berthold, M., Przyrembel, H., Salminen, S., Sanz, Y., Strain, S. J. J., Strobel, S., Tetens, I., Tomé, D., Van Loveren, H., y Verhagen, H., «Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to collagen hydrolysate and maintenance of joints pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006», EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (2011), *EFSA Journal,* 2011, vol. 9, n.º 7, 2291, pp. 1-11. DOI:10.2903/j.efsa.2011.2291

[9] Agostoni, C., Canani, R. B., Fairweather-Tait, S., Heinonen, M., Korhonen, H., La Vieille, S., Marcehlli, R., Martin, A., Naska, A., Neuhäuser-Berthold, M., Nowicka, G., Sanz, Y., Siani, A., Sjödin, A., Stern, M., Strain, S. J. J., Tetens, I., Tomé, D., Turck, D., y Verhagen, H., «Scientific Opinion on the substantiation of a health claim related to VeriSol®P and a change in skin elasticity leading to an improvement in skin function pursuant to Article 13(5) of Regulation (EC) No 1924/2006», EFSA NDA Panel (2013), *EFSA Journal*, vol. 11, n.º 6, 2013, p. 3257. DOI:10.2903/j.efsa.2013.3257

[10] Espinosa, M. R., Arce, C., Cajigas M. J .C., Esquivel, V. J. A., Gutiérrez, G. J. J., Martínez H. J. L., Méndez, M. C., Restrepo, G. N., Robles, S. M., Ruiz, M. J., Santillán, B. E., Torres, R. F., Vilalobos, C. E., Sosa, G. J. O., Aldrete, V. J., y Cantú, R. A. T., «Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartritis. Actualización basada en evidencias», *Medicina Interna de México*, vol. 29, n.º 1, 2013, pp. 67-92.

[11] Salvador, G., Palma, I., Puchal, A., Vilà, M. C., Miserachs, M., e Illan, M., «Entrevista dietética. Herramientas útiles para la recogida de datos», *Revista médica universidad de la Universidad de Navarra*, vol. 50, n.º 4, 2006, pp. 46-55.

[12] Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia, *Boletín Oficial del Estado*, de 24 de septiembre de 2019. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-13517>.

[13] Alvero-Cruz, J. R., Correas Gómez, L., Ronconi, M., Fernández Vázquez, R., y Porta i Manzañido, J., «La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal, normas prácticas de utilización», *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, vol. 4, n.º 4, 2011, pp. 167-174.

[14] Hernández Rodríguez, J., Moncada Espinal, O. M., y Yuri Domínguez, A., «Utilidad del índice cintura/cadera en la detección riesgo cardiometabólico en individuos sobrepesos obesos», *Revista Cubana de Endocrinología*, vol. 29, n.º 2, 2018, pp. 1-16.

[15] Conroy-Ferreccio, G., «Sesgos en la medición del índice de masa corporal en adultos Mayores», *Nutrición Hospitalaria*, vol. 34, n.º 1, 2017, p. 251. DOI: 10.20960/nh.1002

[16] Wile D., «Diuretics: a review», *Annals of Clinical Biochemistry*, vol. 49, n.º 5, 2012, pp. 419-431. DOI: 10.1258/acb.2011.011281

[17] Wall, B. T., Stephens, F. B., Constantin-Teodosiu, D., Marimuthu, K., Macdonald, I. A., y Greenhaff, P. L., «Chronic oral ingestion of L-carnitine and carbohydrate increases muscle carnitine content and alters muscle fuel metabolism during exercise in humans», *The Journal of Physiology*, vol. 589, n.º 4, 15 de febrero de 2011, pp. 963-973. DOI: 10.1113/jphysiol.2010.201343

[18] Bresson, J.-L., Burlingame, B., Dean, T., Fairweather-Tait, S., Heinonen, M., Hirsch-Ernst, K. I., Mangelsdorf, I., McArdle, H., Naska, A., Neuhäuser-Berthold, M., Nowicka, G., Pentieva, K., Sanz, Y., Siani, A., Sjödin, A., Stern, M., Tomé, D., Turck, D., Van Loveren, H., Vinceti, M., y Williats, P., «L-carntine and contribution to normal lipid metabolism: evaluation of health claim pursuant to article 13(5) of Regulation (EC) 1924/2006», Panel of dietetic products (2017), *EFSA Journal*, 13 de diciembre de 2017. DOI: 10.2903/j.efsa.2018.5137

[19] Talenezhad, N., Mohammadi, M., Ramezani-Jolfaie, N., Mozaffari-Khosravi, H., y Salehi-Abargouei, A., «Effects of l-carnitine supplementation on weight loss and body composition: A systematic review and meta-analysis of 37 randomized controlled clinical trials with dose-response análisis», *Clinical Nutrition ESPEN*, vol. 37, n.º 9, junio de 2020, pp. 9-23. DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.03.008

[20] Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica carnicor 100 mg/ml. Solución oral. Cima AEMPS. <https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/55500/FichaTecnica_55500.html>.

[21] Pedraz-Petrozzi, B., «Fatiga: historia, tandardized y características psicopatológicas. Una revisión de literatura», *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 81, n.º 3, 2018, pp. 174-182. DOI: 10.20453/rnp.v81i3.3385

[22] Kathleen, L., Escott, S., y Raymond J. L., *Krause dietoterapia,* Elsevier, 2013 (13.ª dición).

[23] Rutjes, A. W., Denton, D. A., Di Nissio, N., Chong L.-Y., Abraham, R. P., Al-Assaf, A. S., Anderson J. L., Malik, M. A., Vernooij, R. W., Martínez, G., Tabet, N., y McCleery, J., «Vitamin and mineral supplementation for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in mid and late life», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, n.º 12, 17 de diciembre de 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD011906.pub2

[24] European Food Safety Authority (EFSA), «Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to: anthocyanidins and proanthocyanidins (ID 1787, 1788, 1789, 1790, 1791); sodium alginate and ulva (ID 1873); vitamins, minerals, trace elements and tandardized ginseng G115 extract (ID 8, 1673, 1674); vitamins, minerals, lysine and/or arginine and/or taurine (ID 6, 1676, 1677); plant-based preparation for use in beverages (ID 4210, 4211); Carica papaya L. (ID 2007); "fish protein" (ID 651); acidic water-based, non-alcoholic flavoured beverages containing calcium in the range of 0.3 to 0.8 mol per mol of acid with a pH not lower than 3.7 (ID 1170); royal jelly (ID 1225, 1226, 1227, 1228, 1230, 1231, 1326, 1328, 1329, 1982, 4696, 4697); foods low in cholesterol (ID 624); and foods low in trans-fatty acids (ID 672, 4333) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006», EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA), *EFSA Journal*, vol. 9, n.º 4, 2011, p. 2083. DOI:10.2903/j.efsa.2011.2083

[25] Arring, N. M., Millstine, D., Marks, L. A., y Nail L. M., «Ginseng as a treatment for fatigue: a systematic review», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, n.º 7, 24 de julio de 2018, pp. 624-633. DOI: 10.1089/acm.2017.0361

[26] Sesso H. D., Rist, P. M., Aragaki, A. K., Rautiainen, S., Johnson, L. G., Friedenberg G., Copeland, T., Clar, A., Mora, S., Moorthy, M. V., Sarkissian, A., Wactawski-Wende, J., Tinker, L. F., Carrick, W. R., Anderson G. L., y Manson, J. E., «Multivitamins in the prevention of cancer and cardiovascular disease: the Cocoa supplement and

Multivitamin Outcomes stusdy (COSMOS) randomized clinical trail», *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 115, n.º 6, 7 de junio de 2022, pp. 1501-1510.

[27] Rutjes, A. W., Denton, D. A., Di Nisio, M., Chong, L. Y., Abraham, R. P., Al-Assaf, A. S., Anderson, J. L., Malik, M. A., Vernooij, R. W., Martínez, G., Tabet, N., y McCleery, J., «Vitamin and mineral supplementation for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in mid and late life», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, n.º 12, 17 de diciembre de 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD011906.pub2

[28] America, A., y Milling, L. S., «The efficacy of vitamins for reducing or preventing depression symptoms in healthy individuals: natural remedy or placebo?», *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 31, n.º 2, 31 de abril de 2008, pp. 157-167. DOI: 10.1007/s10865-007- 9134-3

[29] Macpherson, H., Pipingas, A., y Pase, M. P, «Multivitamin-multimineral supplementation and mortality: a meta-analysis of randomized controlled trials», *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 97, n.º 2, febrero de 2013, pp. 437-444. DOI: 10.3945/ajcn.112.049304

[30] Díaz-López, A., Paz-Graniel, I., Alonso-Sanz, R., Marqués Baldero, C., Mateos Gil, C., y Arija Val, V., «Vitamin D deficiency in primary health care users at risk in Spain», *Nutrición Hospitalaria*, vol. 38, n.º 5, 13 de octubre de 2021, pp. 1058-1067. DOI: 10.20960/nh.03565

[31] Navarro, C., y Quesada, J. M., «Deficiencia de vitamina D en España. ¿Realidad o mito?», *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, vol. 6, supl. 1, marzo de 2014. DOI: 10.4321/S1899-836X2014000500002

[32] Avenell, A., Mak, J. C. S., O'Connell, D. L., «Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 4, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD000227.pub4

[33] Reid, I. R., Bolland, M. J., y Grey, A., «Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis», *The Lancet*, vol. 383, n.º 9912, 11 de enero de 2014, pp. 146-155. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61647-5

[34] Bolland, M. J., Grey, A., y Avenell, A., «Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis», *The Lancet*, vol. 6, n.º 11, 1 noviembre de 2018, pp. 847-858. DOI: 10.1016/ S2213-8587(18)30265-1

[35] Zhang, Y., Fang, F., Tang, J., Jia, L., Feng, L., Xu, P., y Faramand, A., «Association between vitamin D supplementation and mortality: systematic review and meta-analysis», *The BMJ*, n.º 366:l4673, 12 de agosto de 2019. DOI: 10.1136/bmj.l4673

[36] Guang, W., Nuyt, A. M., Weiler, H., Leduc, L., Santamaria, C., y Wei, S., «Association Between Vitamin D Supplementation During Pregnancy and Offspring Growth, Morbidity, and Mortality», *JAMA Pediatrics*, vol. 172, n.º 7, mayo de 2018, pp. 635-645. DOI:10.1001/jamapediatrics.2018.0302

[37] Hemilä, H., y Chalker, E., «Vitamin C for preventing and treating the common cold», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 5, art. n.º CD000980, 31 de enero de 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD000980

[38] Bucher, A., y White, N., «Vitamin C in the Prevention and Treatment of the Common Cold», *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 10, n.º 3, 9 de febrero de 2016, pp. 181-183. DOI:10.1177/1559827616629092

[39] Baxmann, A. C., De O G Mendonça, C., y Heilberg, I. P., «Effect of vitamin C supplements on urinary oxalate and pH in calcium stone-forming patients», *Kidney international*, vol. 63, n.º 3, marzo de 2003, pp. 1066-1071. DOI: 10.1046/j.1523-1755.2003.00815.x

[40] Quidel, S., Gómez, E., Bravo-Soto, G., y Ortigoza, Á., «What are the effects of vitamin C on the duration and severity of the common cold?», *Medwave*, vol. 18, n.º 6, n.º artículo e7261, 3 de octubre de 2018. DOI: 10.5867/medwave.2018.06.7260

[41] Tafurt, Y., y Marin, M. A., «Principales mecanismos de reparación de daños en la molécula de ADN», *Biosalud*, vol. 13 n.º 2, julio/diciembre de 2014, pp. 95-110

[42] Svobodova, A., y Vostálová, J., «Solar radiation induce skin damage: review of protective and preventive options», *International journal of radiation biology*, diciembre de 2010, vol. 86, n.º 12, pp. 999-1030. DOI: 10.3109/09553002.2010.501842

[43] Luze, H., Nischwitz, S. P., Zalaudek, I., Müllegger, R., y Kamolz, L. P., «DNA repair enzymes in sunscreens and their impact on photoageing-A systematic review», *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine*, vol. 36, n.º 6, noviembre de 2020, pp. 424-432. DOI: 10.1111/phpp.12597

[44] Puig, S., Granger, C., Garre, A., Trullàs, C., Sanmartin O., y Argenziano, G., «Review of Clinical Evidence over 10 Years on Prevention and

Treatment of a Film-Forming Medical Device Containing Photolyase in the Management of Field Cancerization in Actinic Keratosis», *Dermatology and therapy*, vol. 9, n.º 2, 2019, pp. 259-270. DOI: 10.1007/s13555-019-0294-1

[45] Puig, S., Puig-Butillé, J. A., Díaz, M. A., Trullas, C., y Malvehy, J., «Field cancerisation improvement with topical application of a film-forming medical device containing photolyase and UV filters in patients with actinic keratosis, a pilot study», *Journal of Clinical & Experimental Dermatology Research*, vol. 5, n.º 3, enero de 2014, pp. 1-7. DOI: 10.4172/2155-9554.1000220

[46] Eisen, D. B., Asgari, M. M., Bennett, D. D., Connolly, S. M., Dellavalle, R. P., Freeman, E. E., Goldenberg, G., Leffell, D. J., Peschin, S., Sligh, J. E., Wu, P. A., Frazer-Green, L., Malik, S., y Schlesinger, T. E., «Guidelines of care for the management of actinic keratosis», *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 85, n.º 4, octubre de 2021, pp. e209-e233. DOI: 10.1016/j.jaad.2021.02.082

[47] Scott, A. M., Stehlik, P., Clark, J., Zhang, D., Yang, Z., Hoffmann, T., Mar, C. D., y Glasziou, P., «Blue-Light Therapy for Acne Vulgaris: A Systematic Review and Meta-Analysis», *Annals of family medicine*, vol. 17, n.º 6, noviembre de 2019, pp. 545-553. DOI: 10.1370/afm.2445

[48] Nakashima, Y., Ohta, S., y Wolf, A. M., «Blue light-induced oxidative stress in live skin», *Free radical biology and medicine*, n.º 108, julio de 2017, pp. 300-310. DOI: 10.1016/j.freeradbiomed.2017.03.010

[49] Pourang, A., Tisack, A., Ezekwe, N., Torres, A. E., Kohli, I., Hamzavi, I. H., y Lim, H. W., «Effects of visible light on mechanism of skin photoaging», *Photodermatology, photoinmunology & photomedicine*, vol. 38, n.º 3, mayo de 2022, pp. 191-196. DOI: 10.1111/phpp.12736

[50] International Comission of Illumination, «Posición de la CIE respecto a los riesgos de la luz azul», abril de 2019. <http://files.cie.co.at/CIE%20PS%20BLH_ES.pdf>.

[51] NetMD Connect healthcare, «La evidencia científica del efecto de la luz en la piel se debate en el Congreso de Dermatología», 12 de julio de 2019. <https://netmd.org/dermatologia/dermatologia-experts-1/la-evidencia-cientifica-del-efecto-de-la-luz-azul-en-la-piel-se-debate-en-el-congreso-de-dermatologia>.

[52] Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., y Paradkar, M. S., «Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis»,

JAMA Pediatric, vol. 170, n.º 12, 1 de diciembre de 2016, pp. 1.202-1.208. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2016.2341

[53] Gadía, S., y Meliá, J., (coords.), *La teledetección en el seguimiento de los fenómenos naturales. Recursos renovables: agricultura*, curso de posgrado, Universitat de València, 1991.

[54] Dongus, S., Jalilian, H., Schürman, D., y Röösli, M., «Health effects of WiFi radiation: a review based on systematic quality evaluation», *Critical Reviews in Environmental Science and Technology*, vol. 52, n.º 19, 24 de julio de 2019, pp. 3547-3566. DOI: 10.1080/10643389.2021.1951549

[55] Rodríguez Blas, M. C., y Ministerio de Sanidad, «Estadística de gasto sanitario público 2020: Principales resultados», edición marzo 2022, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

[56] Lammers, M., y Kok, L., «Cost-Benefits analysis of dietary treatment», *SEO Amsterdam Economics*, n.º 2012-76, 1 de enero de 2012, <https://25cjk227xfsu3mkyfg1m9xb7-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/04/2012-76a_Cost-benefit_analysis_of_dietary_treatment.pdf>.

[57] Arganda, C., «El gasto farmacéutico supera los 1.000 millones de recetas anuales facturadas», *Diariofarma.com*, 24 de enero de 2022. <https://diariofarma.com/2022/01/24/el-gasto-farmaceutico-supera-los-1-000-millones-de-recetas-anuales-facturadas>.

[58] Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, *Boletín Oficial del Estado* n.º 131, 30 de mayo de 2008, pp. 25138-25140. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-9291>.

[59] Datos calculados con el XXIV convenio, que era el que estaba en vigor en el momento de la redacción. Actualmente se aplica el XXV convenio, cuyo salario base de una farmacéutica rondaría los 27.800 euros / año. La diferencia en los cálculos no sería abrumadora. De hecho, el cálculo anterior daría 813,5 millones de euros. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 112, 8 de mayo de 2014, pp. 35242-35266. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-4846>.

[60] Resolución de 2 de noviembre de 2021, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registran y publican las tablas salariales para los

años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021 del XXIV Convenio colectivo para oficinas de farmacia. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-18690>.

[61] «Las Farmacias, condicionadas por los gastos fijos del negocio», *Imfarmacias.es*, 15 de diciembre de 2015, pp. 108-110. <https://www.imfarmacias.es/uploads/farmacias_condicionadas_gastos_8485_15124633.pdf>.

[62] Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria «El triple WHAMMY: una combinación de riesgo», *sefap.org*, recuperado el 15 de septiembre de 2022. <https://www.sefap.org/2016/07/20/el-triplewhammy-una-combinacion-de-riesgo/>.

[63] Lázaro Cebas, A., Caro Teller, J. M., García Muñoz, C., González Gómez, C., Ferrari Piquero, J. M., Lumbreras Bermejo, C., Romero Garrido, J. A., y Benedí González, J., «Intervention by a clinical pharmacist carried out at discharge of elderly patients admitted to the internal medicine department: influence on readmissions and costs», *BMC Health Services Research*, vol. 22, n.º 167, 9 de febrero de 2022. DOI: 10.1186/s12913-022-07582-6

[64] Ministerio de Sanidad, Departamento de productos sanitarios, alerta número 2021-140, 12 de marzo de 2021. <https://sinaem4.aemps.es/alertas/documentos/rh4UIpnXe8c>.

[65] Ministerio de Sanidad, Departamento de productos sanitarios, alerta número 2021-461, 13 de agosto de 2021. <https://sinaem4.aemps.es/alertas/documentos/zKrFiwLNnVo>.

[66] Viera Artiles, J., «Revisión sobre la evidencia científica del spray nasal: Taffix®», Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello. 2020, recuperado el 1 de agosto de 2022 en: <https://seorl.net/revision-cientifica-spray-nasal-covid/>.

[67] Shmuel, K., Dalia, M., Tair, L., y Yaakov, N., «Low pH Hypromellose (Taffix) nasal powder spray could reduce SARS-CoV-2 infection rate post mass-gathering event at a highly endemic community: an observational prospective open label user survey», *Expert review of anti-infective therapy*, vol. 19, n.º 10, 2021, pp. 1325-1330. DOI: 10.1080/14787210.2021.1908127.

[68] Shah, S. A., Sander, S., White, C. M., Rinaldi, M., y Coleman, C. I., «Evaluation of echinacea for the prevention of the common cold: a meta-analysis», *The Lancet. Infectious diseases*, vol. 7, n.º 7, diciembre de 2007, pp. 473-480. DOI: 10.1016/s1473-3099(07)70160-3

[69] Yuan, Y., Wang, R. T., Xia, J., y Cao, H. J., «Interventions for preventing influenza: An overview of Cochrane systematic reviews and a Bayesian network meta-analysis», *Journal of integrative medicine*, vol. 19, n.º 6, 2021, pp. 503-514. DOI: 10.1016/j.joim.2021.09.001

[70] Brendler, T., Al-Harrasi, A., Bauer, R., *et al.*, «Botanical drugs and supplements affecting the immune response in the time of COVID-19: Implications for research and clinical practice», *Phytotherapy Research*, vol. 35, n.º 6, junio de 2021, pp. 3013-3031. DOI: 10.1002/ptr.7008

[71] Sholto, D., y Cunningham, R., «Echinacea for the prevention and treatment of upper respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis», *Complementary therapies in medicine*, n.º 44, junio de 2019, pp. 18-26. DOI: 10.1016/j.ctim.2019.03.011

[72] Ministerio de Hacienda y Función Pública, «Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario», 30 de septiembre de 2022. <https://www.hacienda.gob.es/esES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>.

[73] Fullman, N., *et al.*, «Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016», *The Lancet*, vol. 391, n.º 10136, 2 de junio de 2018, pp. 2236-2271. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.

[74] Valdrés, A., Bruna, I., Martínez, L., López, B., y Maestre, R., «Análisis del sistema sanitario de Estados Unidos de América, salud y negocio», *Revista sanitaria de investigación*, 4 de mayo de 2021, recuperado el 9 de octubre de 2022. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/analisis-del-sistema-sanitario-de-estados-unidos-de-america-salud-y-negocio/>.

[75] Organización de Consumidores y Usuarios, «Comparación de sistemas sanitarios europeos», *ocu.org*, 5 de febrero de 2013. <https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/dos-modelos-de-sanidad>.

[76] Redacción, «Italia se desliga del "modelo mediterráneo" al liberalizar la propiedad de farmacias», *El global. El medio del medicamento y la farmacia*, 25 de agosto de 2017. <https://elglobal.es/farmacia/italia-se-desliga-del-modelo-mediterraneo-al-liberalizarla-propiedad-de-farmacias-fy1076373/>.

[77] Redacción, «La farmacia italiana, en "pie de guerra" ante "la ruptura

del modelo"», *Diariofarma*, 29 de septiembre de 2017. <https://diariofarma.com/2017/09/29/la-farmacia-italiana-pie-guerra-ante-la-ruptura-del-modelo>.

[78] Valdrés, A., Bruna, I., Martínez, L., López, B., y Maestre, R., «Análisis del sistema sanitario de Estados Unidos de América, salud y negocio», *Revista sanitaria de investigación*, 4 de mayo de 2021, recuperado el 9 de octubre de 2022. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/analisis-del-sistema-sanitario-de-estados-unidos-de-america-salud-y-negocio/>.

[79] Senserrich, R., «Así funciona la sanidad en Estados Unidos», *Politikon*, 7 de abril 2020. <https://politikon.es/2020/04/07/asi-funciona-la-sanidad-en-estados-unidos-i/#>.

[80] Birks, J., y Evans, J. G., «Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia», *Cochrane database and systematic reviews*, n.º 1, n.º de art. CD003120, 21 de enero de 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD003120.pub3

[81] Yuan, Q., Wang, C. W., Shi, J., y Lin, Z. X., «Effects of Ginkgo biloba on dementia: An overview of systematic reviews», *Journal of ethnopharmacology*, n.º 195, 4 de enero de 2016, pp. 1-9. DOI: 10.1016/j.jep.2016.12.005

[82] Yang, G., Wang, Y., Sun, Zhang, K., y Liu, J., «Ginkgo Biloba for Mild Cognitive Impariment and Alzheimer's Disease: A systematic review and Meta-Analysis of randomized controlled trials», *Current topics in medicinal Chemistry*, vol. 16, n.º 5, 2016, pp. 520-528. DOI: 10.2174/1568026615666150813143520

[83] Chan, E. S. Y., Bautista, B. T., Zhu, Y., You, Y., Long, J. T., Li, W., y Chen, C., «Traditional chinese herbal medicine for vascular dementia», *Cochrane Database of systematic review,* n.º 12, n.º de art. CD010284, 6 de diciembre de 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD010284.pub2

[84] Instituto Nacional de Estadística, «Encuesta de fecundidad, año 2018», 2019, recuperado el 10 de octubre de 2022. <https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf>.

[85] López, P., y Mach, L., «Efecto del consumo de astanxantina en la salud», *Revista española de nutrición comunitaria* vol. 18, n.º 3, 2012, pp. 164-177. <https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC%202012-3_art%206.pdf>.

[86] Comhaire, F. H., El Garem, Y., Mahmoud, A., Eertmans, F., y Schoonjans, F., «Combined conventional/antioxidant "antaxanthin"

treatment for male infertility: a double-blind, randomized trial», *Asian journal of andrology*, vol. 7, n.º 3, septiembre de 2005, pp. 257-262. DOI: 10.1111/j.1745-7262.2005.00047.x

[87] Patil, A. D., Kasabe, P. J., y Dandge, P. B., «Pharmaceutical and nutraceutical potential of natural bioactive pigment: astaxanthin», *Natural products and bioprospecting*, vol. 12, n.º 1, 7 de julio de 2022, p. 25. DOI: 10.1007/s13659-022-00347-y

[88] Buhling, K., Schumacher, A., Eulenburg, C. Z., y Laakman, E., « Influence of oral vitamin and mineral supplementation on male infertility: a meta-analysis and systematic review», *Reproductive Biomedicine Online*, vol. 39, n.º 2, agosto de 2019, pp. 269279. DOI: 10.1016/j.rbmo.2019.03.099

[89] Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, «Información sobre la venta de medicamentos a través de sitios web y aplicaciones para móviles», 7 de agosto de 2019. <https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/medIlegales/2019/docs/NI-ICM-MI13-2019-venta-aplicaciones.pdf>.

[90] Baladía, E., Moñino, M., Martínez-Rodríguez, R., Miserachs, M., Picazo, O., Fernández, T., Morte, V., y Russolillo, G., «Uso de suplementos nutricionales en la población Española», Fundación Mapfre, Academia Española de Nutrición y Dietética, 2021. <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/todas/uso-suplementos-nutricionales-poblacion-espanola/>.

[91] Ruiz-Cantero, M. T., y Verdú-Delgado, M., «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico», en el «Informe SESPAS 2004: Parte I. la salud pública desde la perspectiva de género y clase social», *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, n.º 4, supl. 1, 2004, recuperado el 13 de abril de 2022, pp. 118-125. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112004000400019&lng=es&a

(1) No hay más que consultar las redes sociales de muchas farmacias para percatarnos de la gran publicidad que hacen de este tipo de productos.

(2) Todas las ofertas de empleo publicadas son reales, obtenidas de las bolsas de trabajo de diferentes colegios de farmacéuticas o de portales web de búsqueda de empleo. Se han omitido los nombres de las empresas para respetar la privacidad.

(3) Redacción, «A la Administración le cuesta integrarnos dentro del grupo de personal sanitario», *El Mundo*, 25 de septiembre de 2020, <https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/alicante/2020/09/25/5f6c73a021efa0c1508b4686.html>.

(4) Andrea Puchades, «Jaime Giner: "Podríamos descongestionar la sanidad y no se nos tiene en cuenta"», *Levante-EMV*, 19 de febrero de 2021, <https://www.levante-emv.com/el-mostrador/2021/02/19/descongestiones-ESnidad-colegio-farmaceuticos-valencia-35123053.html>.

(5) Una reacción adversa de los medicamentos del grupo de las estatinas es la miopatía o dolor muscular, reacción adversa catalogada como rara (se da en menos de una persona de cada mil). Véase: «Prospecto Simvastatina Pensa 20 mg comprimidos recubiertos con película EFG», en AEMPS – CIMA, <https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/65880/Prospecto_65880.html#4-posibles-efectos-adversos>.

(6) «Por definición, la medicina alternativa, o no ha sido probado que funcione, o ha sido probado que no funciona. ¿Sabes cómo se llama la medicina alternativa que ha sido probado que funciona?... Medicina», Tim Minchin, *Storm*, 2009.

(7) <http://quantisana.ch/wpcontent/uploads/2016/02/Pain_-Gone_Ole_Asbjorn_Knee_Arthrosis.pdf>

(8) Biofase: lugar del organismo donde el principio activo ha de realizar su efecto biológico.

(9) Algunas proteínas como las lipasas pancreáticas se pueden tomar por vía oral, puesto que su efecto lo provocan en el tracto gastrointestinal.

(10) Cita que se atribuyó a Groucho Marx por primera vez en el *Legal Times* en 1983. Aunque había aparecido anteriormente en un periódico neozelandés, en 1873, con la forma «Estos son mis principios, pero, si no les gustan, yo los cambio».

(11) Teresa Domínguez, «Crimen de los laxantes en Paterna: Los médicos ya sospecharon que alguien envenenaba al septuagenario en el hospital»,

Levante-EMV, 16 de febrero de 2022. <https://www.levante-emv.com/sucesos/2022/02/16/crimen-de-los-laxantes-en-paterna-los-medicos-ya-sospecharon-que-envenenaban-al-septuagenario-62766655.html>.

(12) No os perdáis más adelante el capítulo «Casos aislados».

(13) Práctica muy habitual. Cuando una paciente se queda sin recetas, la farmacia le vende la medicación y, en el momento en que la paciente presenta una nueva receta, le devuelve la diferencia entre lo que pagó y el precio subvencionado por el Sistema Nacional de Salud. Legalmente no se puede hacer.

(14) Véase *Diari Oficial de la Generalitat de València*, n.º 9502, 31 de diciembre de 2022. <https://dogv.gva.es/datos/2022/12/31/pdf/2022_13064.pdf>.

(15) Tratamientos habituales para hipercolesterolemia y diabetes respectivamente.

(16) Siglas en inglés de la Sociedad Internacional para el desarrollo de la Cineantropometría (International Society for the advancement of the Kinanthropometry).

(17) Las ofertas de empleo para dietistas-nutricionistas no tienen por qué ser siempre para trabajar en una farmacia, pero suponen una muestra de cómo está el mercado laboral del sector en las farmacias, donde se ofrecen este tipo de servicios y se venden toda clase de productos para adelgazar.

(18) El agua pura no es conductora de la electricidad, pero en el cuerpo humano, como en la naturaleza, contiene iones disueltos que son los responsables de la conducción eléctrica.

(19) Hay medicamentos, como los tradicionales basados en plantas (MTP), que no necesitan prescripción médica y son muy utilizados en este tipo de consultas. Por ejemplo, las cápsulas basadas en ortosifón como diurético.

(20) Más información sobre los cursos ISAK en <https://www.isak.global/>.

(21) Por ejemplo, Guyton, A., y Hall, J. E., *Tratado de fisiología médica*, Elsevier, 2021 (14.ª edición).

(22) Los lípidos son las grasas.

(23) Recordad el caso de envenenamiento con laxantes y Seguril®; el principio activo de este último es la furosemida, un diurético utilizado en farmacología para tratar edemas, enfermedad renal o hipertensión

arterial.

(24) La vitamina B_8 también la podemos conocer como vitamina H o vitamina B_7.

(25) <https://www.bedca.net>.

(26) Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios en las oficinas de farmacia.

(27) Puedes consultar los datos actualizados en <https://es.statista.com/estadisticas/629285/numero-de-habitantes-por-farmacia-por-comunidad-autonoma-espana/>.

(28) Redacción, «España es el país con más farmacias por habitante de la "élite" mundial», *Redacción Médica*, 3 de octubre de 2017, <https://www.redaccionmedica.com/secciones/farmacia/es pana-es-el-pais-con-mas-farmacias-por-habitante-de-la-elite-mundial-3618>.

(29) *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana.*

(30) Redacción, «A pie de farmacia hasta los 82 años», *Diario Sanitario*, 4 de junio de 2022, <https://diariosanitario.com/encarnacion-bonilla-farmaceutica-82-anos/>.

(31) Itziar Salcedo Izaguirre, «Las cremas que los dermatólogos no comprarían jamás», *El País*, 24 de octubre de 2018. <https://elpais.com/elpais/2017/12/19/buenavida/1513679097_326135.html?id_externo_rsoc=TW_CM>.

(32) Puedes consultar el plan de estudios del grado de farmacia de la Universitat de València en: <https://www.uv.es/uv-web/universidad/es/estudios-grado/oferta-grados/oferta-grados/grado-farmacia-1285846094474/Titulacio html?id=1285847331709&p2=2>.

(33) Carmen Sánchez-Silva, «La cosmética cuadra el negocio de las farmacias», *El País*, 26 de agosto de 2018. <https://elpais.com/economia/2018/08/26/actualidad/1535304915_194939.html>.

(34) Javier Alonso, «Ayuso cierra definitivamente 20 de las 37 Urgencias de atención primaria de la Comunidad de Madrid», *cadenaser.com*, 20 de junio de 2022, <https://cadenaser.com/cma drid/2022/06/20/ayuso-cierra-definitivamente-20-de-las-37-urgencias-de-primaria-de-la-region-radio-madrid/>.

(35) Sofía Pérez Mendoza y Victòria Oliveres, «La congestión de la sanidad pública con la COVID-19 da el mayor empuje a los seguros privados de salud en una década», *elDiario.es*, 23 de octubre de 2021, <https://www.eldiario.es/sociedad/congestion-sanidad-publica-covid-19-da-

mayor-empuje-seguros-privados-salud-decada_1_8418442.html>.

(36) Nota para algunas profesionales del sector: las urgencias hospitalarias no se van a vaciar diciéndoles a las pacientes que su problema no es una urgencia, sino pidiendo y consiguiendo más recursos para la atención primaria, así que focalicemos el problema.

(37) Ministerio de Sanidad, «Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-27 + Reino Unido)», <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm>.

(38) Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas, «Manifiesto. 24-N Día Mundial del Dietista-Nutricionista», 23 de octubre de 2018, <https://www.consejodietistas nutricionistas.com/manifiesto-24-n-dia-mundial-del-dietista-nutricionista/>.

(39) Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana (CODiNuCoVa), «El Tribunal Supremo confirma que Enfermería no puede prestar asesoramiento ni asistencia nutricional». <https://www.codinucova.es/el-tribunal-supremo-con firma-que-enfermeria-no-puede-prestar-asesoramiento-ni-asistencia>.

(40) Redacción, «Amazon entra en negocio farmacia en EE. UU. y provoca caída en cadenas sector», *La Vanguardia*, 17 de noviembre de 2020. <https://www.lavanguardia.com/vida/20201117/49525590182/amazon-entra-en-negocio-farmacia-en-eeuu-y-provoca-caida-en-cadenas-sector.html>.

(41) Redacción, «Amazon adquiere One Medical por 3.800 millones», *La Vanguardia*, 22 de julio de 2022. <https://www.lavanguardia.com/economia/20220722/8424885/amazon-compra-one-medical.html>.

(42) Laura Galaup y Ana Ordaz, «El sueldo de los profesores de Religión que paga el Estado bate su récord con 115 millones de euros», *elDiario.es*, 7 de agosto de 2022. <https://www.eldiario.es/sociedad/sueldo-profesores-religion-paga-bate-record-115-millones-euros_1_9218703.html>.

(43) José María López Alemany, «Con un *claw back* del 20 %, el ahorro que tendríamos sería 800 millones», *Diariofarma*, 15 de noviembre de 2019. <https://diariofarma.com/2019/11/15/con-un-claw-back-del-20-el-ahorro-que-tendriamos-seria-800-millones>.

(44) Estos comentarios de Mari Tere o José Luis pueden parecer cachondeo,

pero se han dado casi literalmente en debates en los que hemos participado sobre el modelo farmacéutico público. Es lógico que quien se posicione en contra de un cambio de modelo sea quien más tiene a perder con ese cambio. También podéis pensar que nosotros estamos en contra del modelo actual porque no nos beneficiamos de él. Nada más lejos de la realidad, pues si quisiéramos defender un mejor acceso a una oficina de farmacia en propiedad apoyaríamos la liberalización del sector y que quien quisiera pudiera tener su farmacia, pero somos fieles creyentes en la sanidad pública y universal.

(45) Guadalupe Moreno, «¿En qué países se compran más medicamentos sin receta?», *Statista*, 9 de agosto de 2017. <https://es.statista.com/grafico/10628/en-que-paises-se-compran-mas-medicamentos-sin-receta/?platform=hootsuite>.

(46) AEGON, «IV Estudio de Salud y Estilo de Vida de AEGON», 2021. <https://fr.zone-secure.net/149562/1404875/#page=1>.

(47) Redacción, «La automedicación en España repunta en 2021», *El Farmacéutico*, 18 de noviembre de 2021. <https://www.elfarmaceutico.es/tendencias/esta-pasando/noticias/iv-estudio-salud-estilo-vida-aegon-automedicacion_150546_102.html>.

(48) Baleares.

(49) Ciclo bioquímico del metabolismo.

(50) Protozoo parásito.

(51) Explicado con más detalle en Claudia Hammond, «Does echinacea prevent colds?», *BBC*, 5 de noviembre de 2014. <https://www.bbc.com/future/article/20141104-does-echinacea-prevent-colds>.

(52) Mezcla de Cuba, Venezuela y Corea del Norte.

(53) Antidiabético que, por sus propiedades adelgazantes, la gente se lo pincha para perder peso. Una barbaridad que no es exclusiva de Reino Unido. En España también se hace.

(54) Dicho valenciano que traducido literalmente sería «con dineros, turrones», y que viene a significar que con dinero consigues lo que quieres. Una obviedad en el mundo en el que vivimos.

(55) Alfred López, «Astaxantina, el pigmento que le proporciona al salmón su característico color», *20minutos.es*, 12 de agosto de 2016. <https://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/astaxantina-el-pigmento-que-le-proporciona-al-salmon-su-caracteristico-color/>.

(56) La cualidad «omega-3» hace referencia a la estructura bioquímica del

ácido graso, determinando la posición del doble enlace comenzando por el extremo no carboxílico. Así, el omega-3 tiene su primer doble enlace en el tercer carbono; el omega-6, en el sexto, y el omega-9, en el noveno. Los ácidos alfa-linolénico y eicosapentaenoico son también omega-3. El ácido oleico, típico del aceite de oliva, es omega-9.

(57) Que nos perdone quien lea esto, sea profesional sanitario o no. Estamos absolutamente en contra del consumo de bebidas energéticas por ser del todo insanas, pero la historia transcurrió así, en un ambiente distendido, y así la contamos.

(58) Copia del #NotAllMen, etiqueta utilizada en internet que viene a decir que no todos los hombres son unos violadores o acosadores (algo obvio y que no necesita siquiera decirse) para negar que la violencia machista estructural existe.

(59) Finalmente publicado en el *BOE* del 28 de diciembre de 2022, durante la revisión y edición de este libro.

(60) Tipo y tamaño de letra usada en editores de textos. Utilizado en este contexto por Gemma para expresar la resignación de ese momento, cuando le tocaba hacer el trabajo.

(61) Las vacaciones anuales retribuidas son un derecho irrenunciable por ley.

(62) Noa nos dijo el nombre de la farmacia, pero no la ponemos por cuestiones de privacidad.

(63) Noa ahora es titular de farmacia.

(64) Medicamento sujeto a prescripción médica pautado para tratamientos de deshabituación alcohólica.

(65) Antiinflamatorio parecido al ibuprofeno que requiere receta médica para ser dispensado.

(66) Pautado para tratar la hiperuricemia (ácido úrico elevado) y en veterinaria para combatir la leishmaniosis.

(67) Para más información, podéis ver <https://www.resistenciaantibioticos.es/>.

(68) Léase *El traje nuevo del emperador*, de Hans Christian Andersen, para entender la metáfora.

(69) AEMPS, «Listado de farmacias que realizan la venta a distancia», <https://distafarma.aemps.es>.

(70) Ya sabían dónde estaba la puerta.

(71) Marca de un medicamento que contiene ácido acetilsalicílico. Muy pautado para la prevención secundaria de problemas circulatorios.

(72) Se rompe la emulsión y la fase acuosa se separa de la oleosa.

(73) Los datos de los colegios han sido extraídos de cada una de las páginas web de los colegios oficiales, en los apartados «órganos de gobierno» o «presidencia», en octubre de 2022.

Índice

De venta en farmacias

Agradecimientos
Dedicatoria
Prólogo
1. De venta en farmacias
2. La salud está muy bien, pero hay que comer
3. El modelo farmacéutico en España
4. ¿Sanidad pública?
5. ¡Pues vete a Cuba!
6. Casos aislados
7. ¿Por qué en femenino?
Epílogo

Sobre este libro
Sobre Felipe de la Fuente y Raúl de la Fuente
Créditos
Notas